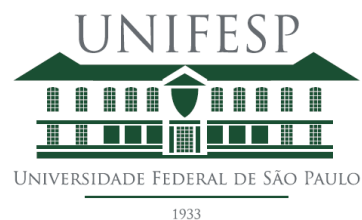




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS DIADEMA



BARBARA BARROS SILVA

IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS: UM ESTUDO DE CASO

DIADEMA
2017

BARBARA BARROS SILVA

IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO SUS:
UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu do Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas da Universidade Federal de São Paulo- Campus Diadema.

DIADEMA

2017

Barros Silva, Barbara

Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS: Um Estudo de Caso. /
Barbara Barros Silva. -- Diadema, 2017.
117 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas- Programa de Pós
Graduação em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de São Paulo
- Campus Diadema, 2017.

Orientadora: Claudia Fegadolli

1. Atenção Farmacêutica. 2. Estrutura Organizacional. 3. Avaliação de
Programas e Projetos de Saúde. 4. Idoso. 5. Equipe Interdisciplinar de Saúde.
I.Título.

CDD 615.1



**Serviço Público Federal
Universidade Federal de São Paulo
Pró – Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Nome: BÁRBARA BARROS SILVA
Campus: DIADEMA

Data e Local: 27/09/2017 às 13h30 na Unidade José de Alencar – Anfiteatro - Campus Diadema
Rua São Nicolau, 210 – Centro - Diadema - SP

TESE: “Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS: Um estudo de Caso”.

MEMBROS TITULARES

- **Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado [CPF 529.684.216-20]**
Professor Associado
Departamento Políticas Públicas e Saúde Coletiva.
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista.

- **Profa. Dra. Niurka Maria Dupotey Varela [CPF 233.622.808-46]**
Professora
Departamento de Farmácia
Universidade de Oriente, OU – Santiago de Cuba.

- **Profa. Dra. Patricia Moriel [CPF 183.220.668-80]**
Professora Associada
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Unicamp

SUPLENTE

Profa. Dra. Marília Cristina Prado Louvison [CPF 035.667.298-09]
Professora
Departamento de Prática em Saúde Pública
Universidade de São Paulo.



Serviço Público Federal
Universidade Federal de São Paulo
Pró – Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

**ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA
DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aos vinte e sete dias do mês de setembro de dois mil e dezessete, reuniu-se no Anfiteatro da Unidade José de Alencar, Rua São Nicolau, 210 – Centro - Diadema - SP, às 13:30 horas, a Comissão Julgadora para a **DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**, solicitada por **BÁRBARA BARROS SILVA**, aluna do Programa de Pós-Graduação em **CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**, que apresentou a dissertação sob o título: **“Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS: Um Estudo de Caso”**. A referida Comissão esteve constituída pelos Professores Doutores:

- **Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado [CPF 529.684.216-20]**
Professor Associado
Departamento Políticas Públicas e Saúde Coletiva.
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista.
- **Profa. Dra. Niurka Maria Dupotey Varela [CPF 233.622.808-46]**
Professora
Departamento de Farmácia
Universidade de Oriente, OU – Santiago de Cuba.
- **Profa. Dra. Patricia Moriel [CPF 183.220.668-80]**
Professora Associada
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Unicamp

O Presidente da Banca, Profa. Dra. Cláudia Fegadolli, iniciou a sessão, dando a palavra ao candidato, que dispôs de trinta a cinquenta minutos, no máximo, para expor sua dissertação. A seguir, deu a palavra aos Professores, para a arguição. Cada examinador dispõe de trinta minutos, no máximo, para arguição, bem como ao candidato, para resposta. Após o candidato ter respondido todas às arguições em tempo hábil, os membros da Banca Examinadora emitiram seus Pareceres:

Profs. Drs.:

Juarez Pereira Furtado

Aprovado

Niurka Maria Dupotey Varela

Aprovado

Patricia Moriel

[Assinatura]



Serviço Público Federal
Universidade Federal de São Paulo
Pró – Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Em face dos referidos pareceres, a Comissão Julgadora considera a aluna **BARBARA BARROS SILVA** APROVADA (Aprovado/Reprovado) a receber o título de **MESTRE EM CIÊNCIAS** pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. E, por estarem de acordo, assinam a presente ata.

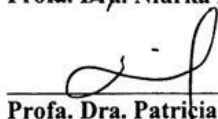
São Paulo, 27 de setembro de 2017.



Prof. Dr. Juarez Pereira Fortado



Profa. Dra. Niurka Maria Dupotey Varela



Profa. Dra. Patricia Moriel



Profa. Dra. Claudia Fegadolli

Dedicatória

Dedico esse trabalho os meus pais, que estavam presentes fisicamente e mentalmente na elaboração desse trabalho, que sempre estiveram ao meu lado me dando apoio mediante tantas dificuldades. Acreditaram nos meus sonhos e escolhas, me ensinaram a persistência e a luta. E lutando aprendi que o tamanho do seu ganho é o tamanho do seu sacrifício.

Agradecimentos

À minha orientadora Claudia Fegadolli que me deu a oportunidade de aprender sobre pesquisa qualitativa e estudo de casos. Me apoiou em todos os sentidos durante a execução desse trabalho.

Aos meus familiares por acreditarem em mim.

Às minhas amigas de infância Suzy e Ana Paula que me deram abrigo e apoio para a realização do trabalho.

À Maristela e Cristiane que sempre me recebiam de braços abertos para realização da pesquisa.

Ao IPGG que me abriu as portas.

Às alunas de Iniciação científica Edvania, Deborah Beatriz Paiva, Marjory e Bruna, as quais contribuíram com a coleta de dados quantitativos.

O conteúdo medicamentoso entregue prometia muito mais do que
aparentava:

era o sinal enviado para a cura,
desejo de dias melhores,
o alívio da dor,
possibilidades,
paz.

Entretanto, eis que apresentava uma dualidade complexa:

era a sua dependência,
o perigo,
o desconhecido,
a morte.

Mas o farmacêutico, encarregado das questões farmacológicas,

Viu que estavam comprimidas e combinadas
esperanças, dúvidas e medos,

E decidiu menear novamente a natureza da substância.

(a Autora)

APRESENTAÇÃO

Devido à minha vivência em implementação de serviços clínicos farmacêuticos durante a realização de Residência Multiprofissional, pude vivenciar muitas dificuldades que o farmacêutico e os serviços enfrentam nesse processo e que podem inviabilizar as ações. As causas dessas dificuldades são multifatoriais e complexas, o que leva os envolvidos no serviço a adotarem estratégias e comportamentos tanto positivos quanto negativos. Desta forma, me propus a desenvolver um estudo que trouxesse respostas às dificuldades enfrentadas pelos farmacêuticos durante a implementação da atenção farmacêutica. Meu interesse pelo tema me conduziu a uma aproximação com a Prefeitura Municipal de São Paulo, que planejava, em agosto de 2015, implementar um serviço de cuidados em saúde multiprofissional voltado aos idosos, no qual o farmacêutico seria um dos profissionais-chave. Para isso, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realizou uma série de encontros com objetivo de escolher métodos clínicos e realizar o planejamento para a implementação desse serviço. As reuniões contavam com a presença de farmacêuticos da rede envolvidos com a proposta, colaboradores que atuavam de alguma forma com serviços de atenção farmacêutica, além de gestores da SMS. Nesse momento, então, conheci Maristela e Cristiane, farmacêuticas reconhecidas pelo exercício da Atenção farmacêutica voltada a idosos no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo (IPGG). O serviço em que atuam, em atividade há aproximadamente dez anos, além de ser considerado modelo de serviço farmacêutico no SUS, recebe visitas e alunos de diversas universidades e empresas de educação continuada para desenvolver a prática clínica. A partir deste contato, identificamos uma importante oportunidade de estudo:

a compreensão de como o serviço tem se viabilizado e por que essa atividade tem sido considerada referência de serviço clínico no meio farmacêutico. Foi assim que delineamos este estudo de caso, que se propõe a compreender o desenvolvimento do serviço de Atenção farmacêutica do IPGG.

Acreditamos que o estudo pode contribuir para a elucidação de aspectos ainda não plenamente conhecidos a respeito da prática assistencial farmacêutica no contexto do trabalho em equipes multiprofissionais de saúde, principalmente do ponto de vista da gestão do trabalho e da educação profissional. Espera-se desconstruir o conceito de engessamento dos processos de atuação e implementação e contribuir mais para adaptação dos profissionais frente a contextos favoráveis e desfavoráveis durante a implementação de um serviço no Sistema Único de Saúde.

RESUMO

Introdução: Os serviços de atenção farmacêutica têm sido reconhecidos e valorizados como modelo de prática profissional farmacêutica por permitir a identificação e intervenção sobre problemas relacionados a medicamentos, integrando a equipe e os usuários de medicamentos como sujeitos ativos nas tomadas de decisões sobre a saúde. Traz melhorias em parâmetros clínicos e reduz custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde. Contudo, a implementação desse serviço é complexa e dificultosa. Nesse cenário, no entanto, há experiências que parecem avançar na efetivação da Atenção Farmacêutica, como o serviço de farmácia do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG). **Objetivo:** Estudar como ocorre a implementação de serviço de atenção farmacêutica no IPGG. **Materiais e métodos:** Trata-se de estudo de caso, construído com dados quantitativos e qualitativos que teve como fontes de dados análise de documentos, observação participante e entrevistas. O conteúdo do material qualitativo foi analisado tematicamente e os dados quantitativos descritos com medidas de tendência central. **Resultados e Discussão:** Três temas revelaram-se fundamentais para o processo de implementação do serviço: Contexto, mecanismos de viabilização da atenção farmacêutica e consolidação da atenção farmacêutica. O contexto da implementação do serviço de atenção farmacêutica favoreceu o desenvolvimento de relações interdisciplinares e de sistematização do serviço, por ser uma instituição formadora em educação continuada de profissionais. As ações estratégicas para adequação do acesso ao medicamento foram necessárias para viabilizar o serviço e conquistaram a confiança da equipe, abrindo espaço para atuação das farmacêuticas. **Conclusão:** O processo de implementação do serviço de atenção farmacêutica no IPGG foi conduzido de forma estratégica. Aproveitaram-se de elementos contextuais para construção de um modelo diferente do idealizado para a atenção farmacêutica, mas que supre as necessidades em saúde e que insere o farmacêutico na produção do cuidado, resultando em visibilidade e reconhecimento para papéis diferentes desse profissional na equipe.

Palavras Chave: *Atenção Farmacêutica, Estrutura Organizacional, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Idoso, Equipe Interdisciplinar de Saúde.*

ABSTRACT

Introduction: Pharmaceutical care services have been recognized as a model of professional pharmaceutical practice allowing identification and intervention on drug-related problems, integrating drug users and staff as active subjects in health decision-making. It brings improvements in clinical parameters and reduces direct and indirect costs to health systems. However, pharmaceutical care service implementation is complex and difficult. In this scenario, however, there are experiences that seem to advance the effectiveness of Pharmaceutical Care, such as the pharmacy service of the Paulista Institute of Geriatrics and Gerontology (IPGG).

Objective: Study how IPGG pharmaceutical care service implementation occurs.

Materials and methods: This is a case study, constructed in quantitative and qualitative data sources, using document analysis, participant observation and interviews. Qualitative material content was analyzed thematically and quantitative data was described with central tendency measures.

Results and Discussion: Three themes proved to be fundamental for the service implementation process: Context, Mechanisms for Pharmaceutical Care vibilization and Pharmaceutical Care consolidation. Pharmaceutical care service implementation context favored interdisciplinary relationships development and service systematization, since it is a training institution in continuing education of professionals. Adaptation of medications access strategic actions were necessary to enable the service and won team trust, opening space for pharmaceutical work.

Conclusion: Pharmaceutical care service implementation process the in the IPGG was done in a strategic way. Contextual elements was used to construct a different pharmaceutical care model comparing the idealized one, it supplies the health needs and inserts the pharmacist in the production of the care, resulting in professional visibility and recognition of different roles in the team.

Kye Words: *Pharmaceutical Care, Organizational Innovation, Program Evaluation, Aged, Patient Care Team.*

Índice de Figuras e Quadros

FIGURAS

Figura 1.: Pacientes atendidos pelo serviço de atenção farmacêutica no IPGG no período e agosto de 2013 à agosto de 2015, e sua distribuição pela idade. IPGG – SP (2013 à 2015).....	57
Figura 2: Número de pacientes atendidos no serviço de atenção farmacêutica no IPGG, segundo número de consultas. (IPGG. São Paulo-SP. 2013-2015).....	84

QUADROS

Quadro 1.: Número e característica de documentos utilizados na coleta de dados qualitativos. IPGG – SP (2013 à 2015).....	48
Quadro 2.: Número de pacientes encaminhados, segundo motivos de encaminhamento para o serviço de atenção farmacêutica. IPGG – SP (2013 à 2015).....	68
Quadro 3.: Número e porcentagem de encaminhamentos pela atendimento no serviço de atenção farmacêutica. IPGG – SP (2013 à 2015).....	70
Quadro 4.: Perfil de intervenções (número e porcentagens) realizadas na primeira consulta em 224 pacientes atendidos pela primeira vez pelo serviço de atenção farmacêutica no período de agosto de 2013 a agosto de 2015. IPGG – SP (2013-2015).....	85
Quadro 5.: Número de encaminhamento por locais de saúde na cidade de São Paulo. IPGG-SP, 2013-2015.....	87
Quadro 6.: Intervenções e resultados do serviço de atenção farmacêutica no IPGG, de acordo com condições contextuais. São Paulo – SP. 2013-2017.....	92

Lista de Siglas e Abreviaturas

CFF (Conselho Federal de Farmácia)

Qualifar-SUS (Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS)

SUS (Sistema Único de Saúde)

EUA (Estados Unidos da América)

CFIR (Consolidated Framework For Implementation Research)

IPGG (Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia)

CRFs (Conselhos Regionais de Farmácia)

CEP (Comitê de Ética e Pesquisa)

TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

AF (Atenção Farmacêutica)

PRM (Problemas Relacionados a Medicamentos)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
2.1. Atenção farmacêutica e produção de cuidado	20
2.2. Sistemas de Saúde e as possibilidades para a implementação da Atenção Farmacêutica.	26
2.3. Cenário Brasileiro para a implementação da atenção farmacêutica em serviços públicos de saúde	29
2.3. Como estudar a implementação de um serviço de atenção farmacêutica	35
3. OBJETIVO	39
4. MÉTODO	40
4.1. Referencial Teórico-Metodológico	40
4.3 Local do estudo	41
4.9. Período do Estudo.....	41
4.4. Unidade de análise principal(caso).....	42
4.5. Coleta de dados	42
4.5.1.Consulta aos arquivos e análise de documentos	42
4.5.2 Observação	43
4.5.3. Entrevistas individuais e grupo focal	44
4.7. Considerações éticas	46
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Contexto.....	50
5.1.1 Política institucional	50
5.1.2 Características do público atendido.....	57
5.1.3 Visão dos envolvidos sobre os serviços farmacêuticos	61
5.2 Mecanismos de viabilização da atenção farmacêutica	72
5.2.1 Adaptação das condições estruturais.....	72
5.2.2 Comunicação interna e externa	77
5.2.3 (Re)planejamento e construção de indicadores	80
5.3 Institucionalização da atenção farmacêutica	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93

1.INTRODUÇÃO

Apesar dos medicamentos serem considerados importante tecnologia resolutive em saúde, o seu uso incorreto pode trazer muitos riscos, principalmente em pacientes submetidos a situações como polifarmácia e transição de cuidado. Nesse cenário, os idosos são o grupo mais susceptível a problemas com medicamentos, por utilizarem diversos serviços de saúde e apresentarem polimedicação (OMS, 2017). No Brasil, onde a maior parte das consultas médicas em atenção primária resulta na prescrição de medicamentos, com cerca de 1,8 a 2,5 medicamentos prescritos por receita(LIELL; TOSCAN; SCHWINGEL; *et al.*, 2009; LIELL; TOSCAN; WEBER; *et al.*, 2009; MELO *et al.*, 2016; SIMÕES, MJS; FEGADOLLI, 1996), entre os idosos essa importância é ainda maior, uma vez que mais de 80% deles utiliza algum medicamento cotidianamente, com média de uso de 2,9 a 4,4 medicamentos(MARIN *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2012).

Resultados negativos relacionados a medicamentos podem ser a causa de 15,5% e 29,2% de internações hospitalares em idosos, comumente relacionados a iatrogenias (frequentes em situações de polifarmácia), uso e indicação incorretas ou falta de controle nos parâmetros de doenças crônicas (DALLEUR *et al.*, 2012; MASTROIANNI *et al.*, 2009; VARALLO, 2010). Além do impacto sobre a saúde, internações e outros resultados negativos associados ao uso de medicamentos custam aproximadamente 42 bilhões de dólares ao ano somando todos os sistemas de saúde.(OMS, 2017).

Devido a isso, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu o Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente na Segurança de Medicamentos, o qual determina ações para que metade dos problemas relacionados a medicamentos sejam diminuídos em 5 anos.(DONALDSON *et al.*, 2017; OMS, 2017). Entre os objetivos desse desafio estão: apoiar e desenvolver tecnologias para a redução de erros de medicamentos e empoderar pacientes e familiares no processo de cuidado e tomadas de decisões(OMS, 2017).

Prescrições e uso inadequado de medicamentos são associados à lacuna no processo de cuidado em saúde no que diz respeito ao acompanhamento e avaliação de resultados farmacoterapêuticos(DALLEUR *et al.*, 2012; DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; HEPLER; STRAND, 1990). O que ocorre é que, após devidamente diagnosticados, os pacientes recebem prescrição e indicação da terapia medicamentosa, porém não são acompanhados de forma sistematizada durante o período de uso dos medicamentos, levando aos problemas a eles relacionados(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011).

Nesse sentido, como responsabilidade social em preencher essa lacuna, a atuação do farmacêutico nos serviços de saúde, especialmente no modelo de prática que inclui a atenção farmacêutica, é relevante para atuar na resolução e prevenção de problemas relacionados a medicamentos(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; HEPLER; STRAND, 1990). Uma vez que a Atenção Farmacêutica é a prática com foco no paciente e proporciona segurança e eficácia da terapia medicamentosa, promove melhorias significativas nos resultados da farmacoterapia(AGUIAR; BALISA-ROCHA; BRITO; DA SILVA; *et al.*, 2012; AGUIAR; BALISA-ROCHA; BRITO; LYRA,

2012; AL-QUTEIMAT; AMER, 2016; CASTELINO; BAJOREK; CHEN, 2009; CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010; HEPLER; STRAND, 1990; JOKANOVIC *et al.*, 2016; MORIEL, PATRICIA *et al.*, 2011; STRAND, LINDA M. *et al.*, 2004).

No Brasil, setores públicos e privados têm manifestado interesse em incorporar a atenção farmacêutica, visando à elevação da qualidade da saúde da população e diminuição de gastos, porém a complexidade da implementação impede que isso ocorra de maneira sistemática e disseminada, sendo que, muitas vezes, o serviço é iniciado, mas não continuado(OLIVEIRA, ANDREZZA BEATRIZ *et al.*, 2005; PEREIRA; FREITAS, 2008).

Limites e desafios da implementação do serviço de atenção farmacêutica no Brasil já são conhecidos(ARAÚJO; FREITAS, 2006; CRUZ *et al.*, 2013; FEGADOLLI; SANTOS; *et al.*, 2011; OLIVEIRA, ANDREZZA BEATRIZ *et al.*, 2005). Porém, pouco se estudou, do ponto de vista da organização dos serviços, como é possível superar tais obstáculos e implementar esse modelo de prática profissional em serviços de saúde na realidade brasileira. Por isso, um estudo que elucide como serviços farmacêuticos brasileiros podem se estruturar para vencer desafios e obter, em alguma medida, os benefícios apresentados em desenhos experimentais, pode subsidiar novas ações em gestão, educação em saúde e diminuição de problemas relacionados a medicamentos.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Atenção farmacêutica e produção de cuidado

No Brasil, a promoção do acesso a medicamentos é considerada estratégia fundamental para garantir saúde e aumentar a expectativa de vida da população (BUSS, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; OLIVEIRA, EGLÉUBIA ANDRADE DE; LABRA; BERMUDEZ, 2006; “Política Nacional de Medicamentos”, 2000). O abastecimento e acesso aos medicamentos como parte da política pública pode trazer maior satisfação da população e motivação dos profissionais de saúde (BUSATO; LUNKES, 2012; MORITZ, 2010; OLIVEIRA, LUCIANE CRISTINA FELTRIN DE; ASSIS; BARBONI, 2010; PANSTEIN; TRINTA WEBER, 2010). Por outro lado, o fornecimento de medicamentos sem gestão adequada reflete negativamente na saúde pública devido a excessos, faltas desproporcionais e uso irracional, gerando diversos problemas de saúde e necessitando de investimentos cada vez maiores com impacto inferior ao desejado (BERNARDI *et al.*, 2006; COSENDEY *et al.*, 2000; JARAMILLO *et al.*, 2005; JR *et al.*, 2004; PORTELA *et al.*, 2010).

Além dos recursos financeiros que o sistema de saúde investe nessa área, o profissional prescritor desprende energia para selecionar e oferecer o melhor tratamento medicamentoso para que objetivos terapêuticos sejam alcançados, porém, a falta de resultados e insatisfação dos usuários podem ser bastante desestimulantes (BUSS, 2000; MERHY, EMERSON E., 1998; MERHY, EMERSON ELIAS, 2002).

Os resultados de tratamentos com medicamentos podem não ser os esperados sob diversos pontos de vista, como a efetividade, segurança, necessidade, aspectos econômicos ou de impactos sobre a qualidade de vida (DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; HEPLER; STRAND, 1990; RAMALHO-DE OLIVEIRA *et al.*, 2012). Por exemplo, no Brasil, somente de 10% a 35,5% dos hipertensos possuem controle da pressão arterial, dependendo da região 22% a 77% dos hipertensos faz algum tipo de tratamento (MALACHIAS *et al.*, 2016). Ou seja, os recursos empregados com terapia medicamentosa não estão atingindo seus objetivos de controle da pressão arterial, colocando-a na posição de uma das doenças mais graves e de grande impacto na saúde pública (ANDRADE *et al.*, 2002; BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012), pois, atinge 32,5% da população adulta e é responsável por 50% das mortes por causa cardiovascular (MALACHIAS *et al.*, 2016). Grande parte dos diabéticos são hipertensos e os problemas medicamentosos e de controle dos parâmetros clínicos são somados nesses casos, o que os torna protagonistas da preocupação e ações pelos sistemas de saúde (BOLAÑOS *et al.*, 2010; DAVIS-AJAMI; WU; FINK, 2014; NAKAMURA *et al.*, 2014).

Para tentar dar respostas a problemas como estes, passou a se disseminar no mundo um movimento de reaproximação do farmacêutico das necessidades do paciente e da equipe de cuidados em saúde utilizando seus conhecimentos aprofundados sobre farmacoterapia com objetivo de obter melhores resultados em saúde, reconhecimento e satisfação profissional (FREITAS *et al.*, 2002; PEREIRA; FREITAS, 2008). Essas ações, situadas no contexto da farmácia clínica, passaram a ser desenvolvidas pelos

farmacêuticos, inicialmente em hospitais americanos, voltadas principalmente à análise de prescrição e produção de indicadores(FREITAS *et al.*, 2002; MIKEAL *et al.*, 1975; PEREIRA; FREITAS, 2008). Desta forma, apesar do farmacêutico ter iniciado uma reaproximação da equipe de saúde, continuava distante dos pacientes(PEREIRA; FREITAS, 2008). O distanciamento traz esquecimento e desconhecimento pela sociedade da profissão farmacêutica, impactando diretamente na desvalorização desse profissional(ARAÚJO; FREITAS, 2006; FREITAS *et al.*, 2002; PEREIRA; FREITAS, 2008).

Considerando isso, Mikeal (1975), Strand e Hepler (1990) desenvolveram a ideia de que o farmacêutico necessitava ter uma ação voltada ao paciente como foco principal das ações do profissional, sendo os medicamentos uma das vias entre tantas para se chegar aos resultados de saúde desejados. Com base nesse pensamento, concebeu-se um novo modelo de prática profissional, que recebeu o nome na língua inglesa de *Pharmaceutical Care*, traduzida para o idioma português como Atenção Farmacêutica (AF) (HEPLER; STRAND, 1990; MIKEAL *et al.*, 1975; STRAND, L. M. *et al.*, 1990), cuja filosofia parte do princípio de que conhecer as necessidades do paciente é prioridade para que posteriormente sejam traçadas intervenções sobre a sua terapia(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO; SHOEMAKER, 2006; STRAND, L. M. *et al.*, 1990). Com isso, o farmacêutico inseriu a troca de experiências subjetivas na sua prática, o que segundo Merhy (2002), diz respeito a tecnologias leves em saúde(MERHY, EMERSON ELIAS, 2002; RAMALHO-DE OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A partir disso, têm-se aprofundado o sentido de que a atenção farmacêutica traz um perfil de trabalho que favorece a humanização, tem como

foco o paciente e entendimento da sua complexidade(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO; SHOEMAKER, 2006; RAMALHO-DE OLIVEIRA *et al.*, 2012), sendo necessário que o profissional assuma conjuntamente com o paciente e equipe de saúde a responsabilidade sobre a terapia medicamentosa, objetivando melhor gestão de recursos e melhora na qualidade de vida como missão da profissão farmacêutica(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO; SHOEMAKER, 2006; RAMALHO-DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; STRAND, L. M. *et al.*, 1990).

A prática sistemática da atenção farmacêutica pode ser feita com base em diversos métodos clínicos, sendo os mais conhecidos no Brasil o Método Dáder e *Pharmacotherapy Workup (PW)* (STRAND, L. M. *et al.*, 1990; DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; MARTÍNEZ-ROMERO *et al.*, 2017). A prática do Gerenciamento da Terapia Medicamentosa é descrita conforme Ramalho (2011, p. 64) como: “*Uma aplicação sistemática e consistente do conhecimento farmacêutico para a resolução de problemas relacionados a medicamentos.*”(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011), com potencial de proporcionar mudanças econômicas e clínicas significativas(AL-QUTEIMAT; AMER, 2016; JOKANOVIC *et al.*, 2016; STRAND, LINDA M. *et al.*, 2004). Nesse modelo, o farmacêutico atua em 3 etapas fundamentais: entrevista inicial e anamneses farmacêutica, estudo de situação e identificação de problemas relacionados a medicamentos manifestos ou potenciais e, por fim, intervenção e acompanhamento. Todas essas etapas devem acontecer na inter-relação com os profissionais da equipe de saúde e usuário de medicamentos e podem demandar ações complementares, principalmente

educativas(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO; SHOEMAKER, 2006; HEPLER; STRAND, 1990; RAMALHO-DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; STRAND, LINDA M. *et al.*, 2004).

Intervenções farmacêuticas de um serviço de atenção farmacêutica diminuem episódios de reações adversas e internações hospitalares por diminuir morbidade relacionada a medicamentos (BERNSTEN *et al.*, 2001; ROYAL *et al.*, 2006) Verifica-se também melhora da qualidade de vida, principalmente de pacientes em condições crônicas(FEGADOLLI; ALVARENGA; *et al.*, 2011; JOKANOVIC *et al.*, 2016; LOSADA-CAMACHO *et al.*, 2014; PICKARD; HUNG, 2006). Além disso, pacientes acompanhados por um serviço de atenção farmacêutica podem melhorar parâmetros relacionados à pressão arterial, hemoglobina glicada, albuminúria, insuficiência renal e hiperlipidemia(AGUIAR; BALISA-ROCHA; BRITO; LYRA, 2012; AL-QUTEIMAT; AMER, 2016; CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010; IMAI *et al.*, 2014; JOKANOVIC *et al.*, 2016; MARTIROSYAN *et al.*, 2012).

A Atenção Farmacêutica é considerada como serviço com boa resolutividade econômica, indicada para pacientes que trazem muitos custos para o sistema de saúde.(AL-QUTEIMAT; AMER, 2016; BERNSTEN *et al.*, 2001)Existe diminuição de gastos em exames diagnósticos, internações, consultas, visitas a outros serviços de saúde e menores custos em medicamentos quando pacientes participam de serviços de atenção farmacêutica. (BERNSTEN *et al.*, 2001; GAMMIE; VOGLER; BABAR, 2016; ZERMANSKY *et al.*, 2001). Chinthammit (2015) afirma que serviços de atenção farmacêutica inseridos no programa *Medicare* nos Estados Unidos proporcionam economia de US\$ 5.377,08 por evento adverso

evitado(CHINTHAMMIT *et al.*, 2015). Já a diminuição e gastos totais no sistema de saúde proporcionada pela diminuição da necessidade de exames diagnósticos, internações, consultas e visita de outros serviços de saúde, é de \$421.810,00 por ano por farmacêutico(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011).Strand e Cipolle (2004), após avaliar vinte e cinco anos da existência do serviço de atenção farmacêutica nos Estados Unidos, mostraram que foi possível identificar e resolver problemas relacionados a medicamentos em 61% dos 2.985 pacientes acompanhados pelo serviço resultando em um total de \$1.134.162 de gastos diminuídos em três anos(STRAND, LINDA M. *et al.*, 2004).

Por outro lado, intervenções farmacêuticas sem contato com paciente, ou sem análise sistemática da farmacoterapia, focados somente na análise de prescrição, podem ser questionadas quanto aos benefícios alcançados. Estudos de revisão sistemática e meta-análise que incluíram estudos clínicos sobre esse tipo de intervenção apresentaram resultados inconclusivos sobre benefício econômico, internações hospitalares, tempo de hospitalização, mortalidade e resolutividade de problemas relacionados a medicamentos. (DE RIJDT; WILLEMS; SIMOENS, 2008; HOLLAND *et al.*, 2008; ROYAL *et al.*, 2006; VON GUNTEN; REYMOND; BENEY, 2007) Ou seja, não basta existir intervenção farmacêutica–mas estas devem ser planejadas, com identificação sistemática de problemas relacionados a medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, foco no paciente e respeitando os ideais da atenção farmacêutica para que os benefícios desejados sejam atingidos(DE RIJDT; WILLEMS; SIMOENS, 2008; HOLLAND *et al.*, 2008; ROYAL *et al.*, 2006; VON GUNTEN; REYMOND; BENEY, 2007).

2.2. Sistemas de Saúde e as possibilidades para a implementação da Atenção Farmacêutica.

Conforme já exposto, o modelo da atenção farmacêutica conhecida como PWDT (Pharmacotherapy Workup) foi desenvolvido no Estados Unidos cuja assistência à saúde é caracterizada um sistema de dominância de mercado composta por empresas seguradoras, em um contexto de desresponsabilização Estatal(MOITI; MESQUITA; BANTON, 2013). Sabe-se que existe garantia da assistência e saúde por meio de Medcare e Medicaid aos pobres e idosos, porém, demais indivíduos possuem assistência somente mediante aquisição de serviços privados, tornando o sistema estado-unidense um dos mais caros(MOITI; MESQUITA; BANTON, 2013). Apesar de serem desenvolvidos trabalhos entre universidades e programas sociais como Medicare, existe uma grande dificuldade em se prestar serviços não remunerados e forte tendência para criação de estratégias voltadas à implementação da Atenção Farmacêutica em empresas privadas(BARRAGAN *et al.*, 2017; SMITH; SPIGGLE; MCCONNELL, 2017).

Por outro lado, a assistência à saúde no Brasil, ofertada pelo Sistema Único de Saúde, pelo sistema de atenção médica supletiva e pelo desembolso direto apresenta desafios bastante diferentes(MOITI; MESQUITA; BANTON, 2013). Embora com sistema misto privado e público(SANTOS, ISABELA SOARES; UGÁ; PORTO, 2008), predomina no país um sistema de dominância estatal, com inspiração no modelo do Reino Unido, Cuba e Canadá, com semelhanças também com os modelos vigentes na Itália, Espanha e Suécia, do ponto de vista do bem estar social(CAMPOS, 2007). É complexo pensar

que, num sistema assim, seja possível a implementação de um modelo de prática desenhado no sistema americano, com ações individualizadas e reembolsadas(MOITI; MESQUITA; BANTON, 2013).

Na Espanha, outro berço do desenvolvimento conceitual e operacional da atenção farmacêutica, que possui característica de ter um sistema público e universal, a atenção farmacêutica está em grande parte concentrada em farmácias comunitárias, sendo realizado paralelamente com a dispensação de medicamentos(ACOSTA GÓMEZ *et al.*, 2003; AGUAS; DE MIGUEL; FERNÁNDEZ LLIMÓS, 2005). A presença de serviços clínicos farmacêuticos em farmácias comunitárias também está presente no Canadá(JONES; MACKINNON; TSUYUKI, 2005). Nesse país, a atuação em saúde em diversos níveis prezam pela segurança do paciente em transições de cuidado, sendo assim, o Canadá país referência em organização e padronização de processos neste quesito(THE ELECTRONIC MEDICATION RECONCILIATION GROUP, 2017). Dessa forma, atendimentos farmacêuticos nas drogarias possuem como objetivo a realização da atenção farmacêutica, identificação de problemas relacionados a medicamentos e reconciliação medicamentosa com envio de documentos padronizados para os serviços de saúde que o paciente está sendo ou futuramente será assistido(THE ELECTRONIC MEDICATION RECONCILIATION GROUP, 2017). Este processo é padronizado no País, e o próprio Governo e ISMP Canadá divulgam por meio de mídias a importância da procura do cidadão para com esses serviços.

Em Cuba, embora haja farmacêuticos em todas as farmácias e a política nacional de saúde defina formalmente que a atuação farmacêutica deva ter ênfase na atenção farmacêutica, pouco se avançou na real implementação

desse modelo de atuação profissional. As poucas experiências estão mais voltadas ao acompanhamento de condições crônicas de importância epidemiológica, como hipertensão arterial e diabetes, em que o farmacêutico atende periodicamente os pacientes e avalia adesão e outros aspectos ligados ao tratamento. A Farmácia Clínica não se desenvolveu, no entanto, como prática que atende individualmente os usuários de medicamentos(VARELA *et al.*, 2011).

A Atenção farmacêutica está presente em diversos países na tentativa de consolidação, como visto em países da América Latina, ou em adequação do serviço com o respectivo Sistema de Saúde, como por exemplo, Inglaterra, Holanda, Canadá, entre outros.

No Brasil, a partir de 2002 se apresentam conceitos e iniciativas para a implementação da Atenção Farmacêutica no SUS(CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; OPAS, 2002). Recentemente, está ocorrendo um movimento importante voltado à construção de consultórios farmacêuticos dentro de clínicas independentes, vinculadas à convênios, ou de atendimentos farmacêuticos pelo SUS em sua maioria vinculados com o Programa de Saúde da Família(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; OPAS, 2002). Ou seja, a forma com que a atenção farmacêutica está sendo estruturada dentro do país equivale à forma com que o sistema de saúde é diversificado no Brasil. Contudo, é possível que as características do serviço de atenção farmacêutica mais adequadas para o SUS, não estejam sendo consideradas, gerando impacto na sua implementação e dificultando o processo.

2.3. Cenário Brasileiro para a implementação da atenção farmacêutica em serviços públicos de saúde

No Brasil, novas políticas e normas têm sido desenvolvidas para que a atenção farmacêutica seja incorporada no âmbito da assistência farmacêutica e atenção à saúde. Os marcos conceituais e regulatórios iniciais tais como o Consenso de Atenção Farmacêutica, de 2002, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 338 de 2004 (a qual aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica) trouxeram pela primeira vez definições teóricas, descrição de experiências sobre a atenção farmacêutica no Brasil e a reafirmação da importância de ações de promoção à saúde em conjunto com a melhoria do acesso aos medicamentos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004; OPAS, 2002).

A partir desses documentos seguiu-se a elaboração de outras normas em diferentes instâncias, como no âmbito regulatório sanitário pela RDC Anvisa 44 de 2009, a qual define as boas práticas farmacêuticas e reafirma a importância de farmácias e drogarias como estabelecimento de saúde)(ANVISA, 2009), assim como a Lei Federal 13.021 de 2014 dispõe sobre o exercício de atividades farmacêuticas(BRASIL, 2014). Pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) as Resoluções 585 de 2013 e 586 de 2013 regulamentam as atribuições clínicas do farmacêutico como o cuidado centrado no paciente, acompanhamento, intervenções na farmacoterapia, participação multiprofissional e documentação das ações e intervenções tais como a prescrição farmacêutica(CFF, 2013a, b), visando ao acesso, uso racional e adequado de medicamentos. Para isso, a Lei 13.021 de 2014 também

descreve como responsabilidade do farmacêutico exercer seguimento farmacoterapêutico sistematizado e documentado (BRASIL, 2014)

Além das bases conceituais e regulatórias, o Ministério da Saúde passou a avançar qualificando as ações de assistência farmacêutica pelo Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS) e está investindo em treinamentos e implementações de serviços de atenção farmacêutica em diversas cidades do País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O Qualifar-SUS é estruturado em quatro eixos, os quais são (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) o eixo estrutura, que diz respeito a ações na estruturas físicas, o eixo educação que diz respeito às ações na capacitação dos profissionais, o eixo informação que diz respeito à disponibilidade de informações e o eixo cuidado que tem como objetivo *“inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia”* Portaria nº 1.214 de 13 de junho de 2012, art. 4º, inc. IV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Devido ao novo cenário nacional, alguns serviços relacionados à atenção farmacêutica no SUS estão sendo estimulados e apoiados financeiramente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), porém, o processo de implementação ainda é complexo e dificultoso, sendo que a maior parte das experiências ocorrem em parcerias com universidades impossibilitando a elucidação da realidade cotidiana nos serviços quando essas parcerias não estão presentes ou não são as principais responsáveis pela estruturação das ações (BUSS, 2000; FREITAS *et al.*, 2002; PEREIRA; FREITAS, 2008).

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002) levantou alguns pontos sobre o contexto dos serviços farmacêuticos a fim de questionar as dificuldades enfrentadas pelo farmacêutico para a concretização desse novo modelo de prática profissional(OPAS, 2002). Concluiu-se, assim como em outros estudos, que a crise de identidade profissional é uma barreira importante na atuação farmacêutica, pois é caracterizada pela não incorporação da missão da profissão: o farmacêutico demonstra fragilidade em conhecimentos sobre a própria potencialidade de resolver problemas relacionados ao uso de medicamentos e em incorporar a conceituação adequada sobre a responsabilidade social da prática farmacêutica voltada ao paciente e suas necessidades(DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; FEGADOLLI; SANTOS; *et al.*, 2011; FEGADOLLI *et al.*, 2016; OPAS, 2002). Além disso, os farmacêuticos acreditam que seus conhecimentos e habilidades clínicas são inferiores aos dos membros da equipe de cuidado apresentando, gerando portanto, desmotivação e menor poder nas decisões na saúde do paciente(ARAÚJO; FREITAS, 2006; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; FEGADOLLI *et al.*, 2016; OLIVEIRA, ANDREZZA BEATRIZ *et al.*, 2005).

Uma das barreiras estruturais mencionadas pelos farmacêuticos em estudos sobre viabilidade da atenção farmacêutica é a ausência de local exclusivo para a prestação do serviço (ARAÚJO; FREITAS, 2006; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; FEGADOLLI *et al.*, 2016; OLIVEIRA, ANDREZZA BEATRIZ *et al.*, 2005). Nesses estudos, identifica-se que os farmacêuticos às vezes entendem que a clínica se limita aos consultórios para que se consiga imposição de respeito e se alcancem os resultados desejados com os pacientes, refletindo uma tentativa de reprodução do modelo

hegemônico(FEGADOLLI, 2017). No entanto, essa forma de pensar pode não representar propriamente uma barreira estrutural, mas a limitação dos profissionais em buscar formas alternativas de encontro com o paciente e realização do serviço, como por exemplo, os atendimentos domiciliares ou ações coletivas (FEGADOLLI, 2017; MERHY, EMERSON E., 1998).

Outra barreira estrutural encontrada durante a implementação é a dificuldade para acesso de documentos clínicos como prontuários e laudos(ARAÚJO; FREITAS, 2006; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; OLIVEIRA, ANDREZZA BEATRIZ *et al.*, 2005). Muitas vezes, o farmacêutico depende do paciente para apresentação de laudos clínicos solicitados e elaborados por outros profissionais, que podem ser incompletos, afetando a tomada de decisões (BLAKE; MADHAVAN, 2010; LOUNSBERY *et al.*, 2009; WELLS *et al.*, 2014). Dificuldade no acesso de documentos clínicos e em exigir formas de pagamento pelo serviço, parece ser mais frequente em outros países do que no Brasil(BLAKE; MADHAVAN, 2010; LOUNSBERY *et al.*, 2009; WELLS *et al.*, 2014).

Por outro lado, é marcante, no Brasil, o fato de farmácias serem vistas, como locais onde são priorizadas as atividades administrativas e não de cuidado em saúde (FEGADOLLI; ALVARENGA; *et al.*, 2011; FEGADOLLI, 2017). A falta de recursos humanos auxiliares para atividades de controle de estoque e dispensação leva ao deslocamento do farmacêutico para dedicação integral a essas funções e, conseqüentemente, ao reconhecimento como profissional técnico logístico e não de saúde pelas equipes multiprofissionais e usuários dos serviços (BLAKE; MADHAVAN, 2010; FEGADOLLI; ALVARENGA; *et al.*, 2011; FEGADOLLI, 2017; LOUNSBERY *et al.*, 2009;

VARELA *et al.*, 2011; WELLS *et al.*, 2014). Assim, frequentemente, os gestores locais priorizam as atividades logísticas e se tornam resistentes à implementação de atividades clínicas farmacêuticas, como a atenção farmacêutica (ARAÚJO; FREITAS, 2006; BLAKE; MADHAVAN, 2010; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; LOUNSBERY *et al.*, 2009; VARELA *et al.*, 2011; WELLS *et al.*, 2014).

Atualmente vem aumentando o número de membros da equipe multiprofissional que manifestam necessidade e desejo de melhor comunicação com o farmacêutico com a finalidade de agregar conhecimentos farmacoterapêuticos nas tomadas de decisões, além de maior contato desse profissional com o paciente (KELLY *et al.*, 2013; VARELA *et al.*, 2011).

Estudos realizados em outros países podem contribuir com a avaliação do processo de implementação da atenção farmacêutica no Brasil. Gil e colaboradores (2013) identificaram, na Espanha, quais os facilitadores que devem ser priorizados, sendo eles: incentivos tanto econômicos como profissionais; campanhas externas voltadas para profissionais de saúde e outros indivíduos que possam ter potencial de envolvimento para que o serviço passe a ser conhecido; expertise para a realização do seguimento farmacoterapêutico por parte dos farmacêuticos; e, por último, o profissionalismo, que se refere à postura, objetivos claros, incorporação dos objetivos da profissão, assim como conhecimento da responsabilidade social (GIL *et al.*, 2013).

Feletto e colaboradores (2013) e Moullin e colaboradores (2016) trazem um conceito novo para a implementação de serviços farmacêuticos (FELETTTO *et al.*, 2013; MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016). Ambos

adaptam e criam estruturas para guiar processos de implementação de mudanças em farmácia comerciais na Austrália. Feletto (2016) identificou três classes de influências positivas para implementação de serviço farmacêutico(FELETTO *et al.*, 2013). A primeira classe é constituída por fatores internos como guiar uma visão de futuro, criar um novo modelo de prática e ter uma farmácia proativa(FELETTO *et al.*, 2013). A segunda classe diz respeito a fatores externos como suporte externo, mecanismos de remuneração e relação multiprofissional(FELETTO *et al.*, 2013). A terceira classe é caracterizada pelos fatores individuais como entender a experiência do paciente, motivação, atitude, incorporação de mudança, conhecimento, competência e experiência(FELETTO *et al.*, 2013). Moullin (2016) defende seis estágios para a implementação de serviços farmacêuticos, sendo estes a descoberta, exploração, preparação, teste, operação e sustentabilidade, não obrigatoriamente realizados na ordem linear(MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016). Nesses seis estágios, Moullin identificou cinco influências positivas para o processo de implementação, sendo a direção da farmácia, comunicação interna, recursos humanos, ajuste e apoio da comunidade(MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016).

Para descrever fatores que influenciam a implementação, superação de dificuldades e limitações, sustentação e crescimento, Sorensen e colaboradores (2016) avaliaram o sucesso da implementação de serviços reais de atenção farmacêutica em seis locais em Minnesota (EUA)(SORENSEN *et al.*, 2016). Afirmam que a implementação do serviço de atenção farmacêutica é um processo diferente daqueles realizados em outros tipos de serviços em saúde, pois representa uma mudança cultural (SORENSEN *et al.*, 2016).

Sorensen T.D. e colaboradores (2016) traçaram treze fatores específicos que influenciam o sucesso dos serviços de atenção farmacêutica, sendo eles influências externas, potencial farmacêutico em resolver problemas, princípios e profissionalismo, cultura organizacional, momentos de vitória, relações colaborativas, divulgação do serviço, envolvimento e aceitação da equipe de cuidado, estratégias de implementação, superar desafios, modelos de processos, mensurar e reportar resultados e estratégias de sustentação. (SORENSEN *et al.*, 2016). Para Sorensen e colaboradores(2016) manter o serviço funcionando após implementação requer obrigatoriamente dois fatores principais entre os treze já criados, o primeiro é a incorporação da cultura de cuidado farmacêutico e o segundo, envolvimento e apoio da equipe multiprofissional(SORENSEN *et al.*, 2016).

O conhecimento acumulado por esses autores, apoiado na percepção sobre o sistema de saúde brasileiro e diferenças entre os contextos analisados devem auxiliar em escolhas teóricas e metodológicas para que se compreenda melhor as mudanças no modelo profissional farmacêutico no país.

2.3. Como estudar a implementação de um serviço de atenção farmacêutica

Existem poucos estudos de implementação realizados no Brasil e no mundo referentes à atenção farmacêutica, os quais utilizam diferentes teorias e métodos de análise e interpretação dos resultados (COSTA; PEREIRA, 2013; FELETTTO *et al.*, 2013; GIL *et al.*, 2013; MACEDO, 2007; MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016; SORENSEN *et al.*, 2016).

A implementação de um novo serviço ou tecnologia é um processo complexo, principalmente no setor de saúde, onde é notável heterogeneidade de pessoas e problemas (BAUER *et al.*, 2015). Trata-se de um setor com diversas variáveis influenciadoras que se modificam a todo momento por ser voltado ao ser humano e sua complexidade (BAUER *et al.*, 2015; FIXSEN *et al.*, 2011). Lidar com vários fatores dinâmicos ao mesmo tempo em que se realizam mudanças é um desafio e requer aplicação de estratégias de implementação de acordo com evidências baseadas em prática (FIXSEN *et al.*, 2011; MICHIE *et al.*, 2009; MOULLIN *et al.*, 2015).

Uma possível proposta para auxiliar o processo de implementação é a de Kotter (1996). O mesmo descreve oito passos fundamentais que as organizações devem seguir, sendo eles criar senso de urgência, criar coalizão, desenvolver visão de mudança, comunicar visão de mudança, ultrapassar barreiras para empoderar, gerar pequenos ganhos, consolidar mudanças e institucionalizar mudanças. Pequenos ganhos devem ser traçados e mostrados para encorajar a continuação da mudança e torna-se necessário consolidá-la por meio de reavaliação e planejamento de melhorias. Por fim, a implementação deve estar enraizada na cultura organizacional apresentando-se nos documentos e normas da instituição, nas ações e nos comportamentos de todos os envolvidos. A nova cultura deverá ser transmitida aos novos líderes e executores para que o serviço implementado permaneça sobrevivendo (ALAVI; GILL, 2016; APPELBAUM *et al.*, 2012; IVERSON, 1996; KOTTER JOHN, 2012; KOTTER, JOHN P., 1995; LINES, 2004; STRAATMANN *et al.*, 2016).

Abordagens metodológicas para estudos de implementação propõem teorias definidas com o objetivo de oferecer evidência baseada em prática para melhorar a qualidade dos serviços de saúde(DAMSCHRODER *et al.*, 2009; ECCLES; MITTMAN, 2006; FIXSEN *et al.*, 2011; MOULLIN *et al.*, 2015; WALTZ *et al.*, 2014). Tratam-se de *frameworks*, os quais são planos ou estruturas descritivas do fenômeno, correlacionando fatores influenciáveis com os resultados observados, podendo ser adotados como guias para outras implementações(NILSEN, 2015).

Damschroder e colaboradores (2009) apresentam uma estrutura consolidada de pesquisas de implementação ou CFIR (*Consolidated Framework For Implementation Research*), que deve contemplar cinco domínios fundamentais para que seja desenvolvido um estudo ou proposta dentro de vários contextos inseridos nos serviços de saúde. O primeiro domínio se refere à intervenção, analisando seus benefícios, evidências e aceitabilidade. O segundo domínio diz respeito às influências externas, desde as necessidades dos pacientes até envolvimento com outras organizações e políticas externas. O terceiro domínio traz as influências internas como a cultura e liderança. O quarto domínio envolve as características individuais como conhecimentos, capacidade e postura e, por fim, o quinto domínio é composto por questões de planejamento e execução da implementação(DAMSCHRODER *et al.*, 2009).

Ainda sobre as teorias empíricas, a avaliação realística tem sido adotada em estudos avaliativos no campo da saúde. O princípio da avaliação realística criada por Pawson e Tilley(PAWSON; TILLEY, 1997) baseia-se na teoria de que a realidade possui diversas interpretações sendo portanto a sua existência

dependente da percepção (PAWSON; TILLEY, 1997). Devido a isso, a avaliação realística tem como objetivo oferecer proximidade da realidade com a percepção, por meio da compreensão do fenômeno, processo e contexto pela exploração de dados e metodologias mistas ("Evidence-based policy", 2007). Dessa forma, uma explicação realística são conexões causais nas quais o contexto e características humanas (*Context*) são as circunstâncias encontradas que influenciam as tomadas de decisões e intervenções (*Mechanism*), resultando em impactos diversos (*Outcomes*). Contudo, a avaliação realística assim como o fenômeno não é unidirecionada, ou seja, intervenções (M) podem ser responsáveis por criação de um ambiente propício (C) para resultados (O), ou até mesmo intervenções podem gerar o próprio contexto (DALKIN *et al.*, 2015; LACOUTURE *et al.*, 2015; PAWSON; TILLEY, 1997). A aplicação da avaliação realística foi largamente utilizada na sociologia, hoje, alguns estudos avançam com essa avaliação para a área da saúde em grande maioria envolvida com a implementação de serviços (DOI; JEPSON; CHEYNE, 2015; MARCHAL; DEDZO; KEGELS, 2010; RYCROFT-MALONE *et al.*, 2010).

Embora haja variações nas abordagens metodológicas, os estudos nesse campo são constituídos de desenhos mistos qualitativo-quantitativo, que têm como foco analisar aspectos referentes ao paciente, à organização, aos profissionais de saúde, às gerências e às políticas públicas (BAUER *et al.*, 2015; FIXSEN *et al.*, 2011; MOULLIN *et al.*, 2015; SERAPIONI, 2016; WALTZ *et al.*, 2014).

3. OBJETIVO

Estudar a implementação do serviço de atenção farmacêutica no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG).

4. MÉTODO

4.1. Referencial Teórico-Metodológico

Estudos sobre sistemas e serviços de saúde devem adotar abordagens científicas que incluam aspectos, como infra-estrutura, características organizacionais e tempo-espaciais, dependendo da finalidade do pesquisador. Uma abordagem indicada é a criação de evidência baseada em prática, a qual pode ser aplicada em ambiente menos controlado e pode contribuir para intervenções relacionadas a mudança de rotina de serviços de saúde (BAUER *et al.*, 2015; DAMSCHRODER *et al.*, 2009; ECCLES; MITTMAN, 2006; FIXSEN *et al.*, 2011; MOULLIN *et al.*, 2015; WALTZ *et al.*, 2014).

Desta forma, optou-se por utilizar a estratégia de estudo de casos, descrito por Yin R.B. (1984), Tellis, W. M. (1997) e André, M. D. A. (2008), como norteadora metodológica para o presente estudo. A estratégia de estudo de caso se propõe a ser um método de pesquisa multifacetado e adequado para a compreensão de fenômenos complexos, reais e contemporâneos, uma vez que tem como um dos princípios a obtenção de informações sistemáticas e detalhadas a partir de múltiplas fontes de evidências. São comumente utilizadas em investigações econômicas e empresariais, sendo indicadas para elucidar como e por que ocorrem processos complexos de implementação e existência de um serviço. Além disso, estudos de caso são empregados em situações nas quais os comportamentos mais relevantes não podem sofrer intervenções por parte do pesquisador (YIN, ROBERT K., 2014; TELLIS, W. M., 1997; ANDRÉ, M. D. A., 2008).

4.3 Local do estudo

O local de estudo é o Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG) localizado no Bairro de São Miguel Paulista, na Cidade de São Paulo-SP. O IPGG foi criado pelo governo do Estado de São Paulo a partir de iniciativas e movimentos da comunidade de São Miguel Paulista com o objetivo de oferecer um espaço social e de saúde voltado aos idosos e dar suporte a políticas públicas direcionadas ao processo de envelhecimento da população. Além de promover a saúde, também oferece suporte a atividades de pesquisa e ensino para profissionais de saúde como campo de prática por meio de parcerias com universidades e empresas de cursos e pós-graduação. Os idosos contam com atendimento geriátrico e gerontológico, nutricional, fisioterapia, psicológico, farmacêutico clínico e de dispensação dos medicamentos tendo uma média de 300 atendimentos por dia.

O IPGG é um espaço interdisciplinar com objetivo de oferecer qualidade de vida. Para isso, também oferece ações semanalmente como artesanato, atividades físicas, bailes, eventos, concursos, biblioteca, estética e alfabetismo.

4.9. Período do Estudo

A fase exploratória que incluiu inserção da pesquisadora no local, preparação e adaptação do estudo de caso ocorreu entre agosto de 2015 a agosto de 2016 e a coleta de dados ocorreu entre 30 de agosto de 2016 a 30 de junho de 2017. A coleta de dados clínicos e produção do serviço foram

referentes ao período de agosto de 2013 a agosto de 2015, devido à padronização de registros pelo serviço farmacêutico. Fora desse período os dados foram registrados pelo serviço de maneira diferente, o que poderia dificultar a análise. As entrevistas e grupos focais foram realizadas de janeiro a maio de 2017.

4.4. Unidade de análise principal(caso)

A unidade de análise principal é a implementação do serviço de atenção farmacêutica no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG), em atividade há aproximadamente dez anos (desde 2006). O serviço é conhecido na comunidade farmacêutica como modelo de implementação de sucesso da atenção farmacêutica.

4.5. Coleta de dados

Foram utilizadas múltiplas fontes de evidências:

4.5.1. Consulta aos arquivos e análise de documentos

Os documentos pesquisados foram organizados nos seguintes grupos:

- Dados sobre a inserção do serviço de atenção farmacêutica na política organizacional do instituto assim como as atribuições dos profissionais farmacêuticos: Protocolos e normas institucionais para entender fatores organizacionais.
- Publicações relativas ao serviço de atenção farmacêutica do IPGG e outras publicações relevantes divulgadas na comunidade farmacêutica.

- Arquivos de uso público como leis, portarias e resoluções brasileiras.
- Registros do serviço de atenção farmacêutica como indicadores, prontuários, relatórios e apresentações de feedback para a equipe.

Ao total foram 290 documentos analisados, sendo eles relatórios de produtividade, apresentações internas e externas sobre o serviço, procedimentos operacionais padrões, publicações científicas, vídeos produzidos pelo próprio serviço, prontuários e relatórios de encaminhamentos.

Foram analisados prontuários de pacientes para compreensão da forma de trabalho das farmacêuticas, principalmente de como essas profissionais e a equipe evoluem no prontuário as intervenções e resultados da atenção farmacêutica. Também para a finalidade da compreensão do modelo de trabalho foram analisados relatórios de encaminhamentos, gerando um único relatório para cada uma dessas categorias como documento fonte para análise temática.

4.5.2 Observação

Foi realizada observação participante pela pesquisadora no papel de apoiadora de estudantes da Unifesp para a realização de trabalho de conclusão de curso no contexto da temática desenvolvida nesse trabalho. As observações foram registradas em forma de diário de campo e incluíram atitudes dos profissionais, características físicas e estruturais do local, papéis desempenhados pelos trabalhadores, demandas da clientela e funcionamento do serviço. Foram realizadas 1080 horas de observação no período de 2015 a 2017.

4.5.3. Entrevistas individuais e grupo focal

Segundo Minayo (2014) a entrevista é uma técnica de coleta de dados importante, pois é por ela que se obtêm fatos relatados pelos envolvidos no fenômeno a ser estudado, ou seja, um ponto de vista e situação que dificilmente o pesquisador poderá vivenciar, mas poderá obter a descrição do fato na comunicação verbal (MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA, 2014). As entrevistas buscaram levantar informações sobre o processo de implementação e dificuldades encontradas, assim como mecanismos de superações. As entrevistas buscaram levantar informações sobre o processo de implementação e dificuldades encontradas, assim como mecanismos de superações. O tipo de entrevista realizada é a do tipo semi-estruturada em profundidade. Membros da equipe multiprofissional foram convidados a participar, contudo somente alguns tiveram disponibilidade.

No mesmo sentido adotou-se também a estratégia do grupo focal para análise da percepção dos usuários sobre o serviço, estratégia a qual identifica percepções e experiências por meio de interação entre os envolvidos com objetivo de debater questões levando a maior problematização e raciocínio argumentativo que abordagens individuais (MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA, 2014; TRAD, 2009). Os pacientes convidados foram aqueles que passaram por maior número de atendimentos em atenção farmacêutica no período de estudo.

As questões dos roteiros das entrevistas e grupo focal foram elaboradas baseadas nos dados de observação e análise de documentos e foram direcionadas:

- às farmacêuticas envolvidas com o serviço de atenção farmacêutica;

- aos membros da equipe multiprofissional, pois, estão envolvidos com o serviço de atenção farmacêutica, suas intervenções e seus pacientes;
- aos gestores como diretores e supervisores do instituto, pois são fundamentais na execução do serviço dentro da estrutura geral do instituto;
- a usuários do IPGG, já atendidos pelo serviço de atenção farmacêutica;

O tipo de entrevista realizada é a do tipo semi-estruturada em profundidade. Membros da equipe multiprofissional foram convidados a participar, contudo somente alguns tiveram disponibilidade. Para abordagem com os pacientes, os mesmos foram selecionados de acordo com o número de atendimento pela atenção farmacêutica. Foram convidados os 30 pacientes que tiveram maior número de atendimentos pela atenção farmacêutica. As entrevistas buscaram levantar informações sobre o processo de implementação e dificuldades encontradas, assim como mecanismos de superações.

Todas as entrevistas e o grupo focal foram transcritas e realizada análise de conteúdo temática com auxílio do software Nvivo® versão 11 produzido pela empresa QRS International(“NVivo qualitative data analysis software | QSR International”) (BARDIN, 1977; WELSH, 2002). Esse software facilita a análise de diversos arquivos de mídia como fotos, textos e áudios pela criação e organização de nós e sub-nós (códigos de análise e significados pré-definidos pelo pesquisador) e a correlação destes gerando uma matriz de análise (ALVES DA SILVA *et al.*, 2015; GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2008).

Foi feita pré-análise com leitura flutuante identificado índices e indicadores do texto. Posteriormente foram definidas, codificadas e classificadas categorias, de acordo com os seguintes temas: **Contexto,**

Mecanismos de viabilização da atenção farmacêutica e Institucionalização da atenção farmacêutica.

A análise temática dos dados foi influenciada pelo conjunto das abordagens analíticas apresentadas na revisão da literatura.

4.7. Considerações éticas

Esse trabalho foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo e foi aprovado segundo parecer número 1.692.404 (Anexo). Os participantes foram convidados, orientados sobre os objetivos da pesquisa e manifestaram sua concordância após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 290 documentos internos do serviço de atenção farmacêutica e do IPGG, além de prontuários e relatórios institucionais e de encaminhamento correspondentes a 368 pacientes, total dos atendimentos no período do estudo. Prontuários de pacientes que passaram em somente uma consulta foram excluídos da análise devido à dificuldade de identificação de resultados sobre intervenções. Portanto, foram analisados 224 prontuários. Verificou-se que desses, 117 relatórios de encaminhamento externo foram realizados para 103 pacientes, os quais também foram analisados. Para análise do forma de trabalho na atenção farmacêutica, após a análise de 10 prontuários, foi constatada a repetição de dados e continuada a análise por mais 15 prontuários. A descrição dos documentos analisados está apresentada no quadro 1.

Quadro 1.: Número e característica de documentos utilizados na coleta de dados qualitativos.

IPGG – SP (2013 a 2015).n=290.

Documentos	Caracterização	Número
Relatórios de produtividade	Indicadores, planejamento estratégico, relatórios para gestores, feedback para equipe e metas institucionais.	60
Apresentações e divulgações sobre o serviço	Documentos utilizados em apresentações internas e externas como forma de divulgação no serviço, panfletos, apresentações em PowerPoint.	38
Documentos institucionais e procedimentos	Procedimentos Operacionais Padrões e descrição dos serviços.	15
Publicações científicas e prêmios.	Artigos publicados em revistas científicas e premiações por apresentação de pesquisas realizadas pelas farmacêuticas.	23
Prontuários	Prontuário de pacientes atendidos pelo serviço de atenção farmacêutica.	25
Relatórios de encaminhamento	Relatórios feitos pelas farmacêuticas após atendimento, destinado á profissionais do próprio serviço ou de outros com objetivo de comunicar problemas encontrados na terapia.	129

Fonte: A autora. Serviço de atenção farmacêutica do IPGG.

Quanto às entrevistas e grupos focais, foram convidados os 30 pacientes que tiveram maior número de atendimentos pela atenção farmacêutica no período estudado. Entre eles somente 3 compareceram ao estudo, sendo os principais motivos de ausência esquecimento ou

impossibilidade de comparecimento por idade avançada ou dificuldade de locomoção.

Com relação aos profissionais de saúde, foram realizadas 11 entrevistas, sendo uma entrevista com a coordenadora da equipe multiprofissional e gestora da assistência farmacêutica, três com a diretora da assistência farmacêutica do IPGG, uma com farmacêutica, uma com fonoaudióloga, uma com enfermeira, uma com psicóloga, uma com assistente social, duas com médicos e um grupo focal com pacientes. A duração de cada entrevista teve média de 30 minutos.

Os temas identificados a partir de entrevistas, grupos focais e observação são apresentados e discutidos a seguir.

5.1 Contexto

As relações observadas no contexto em que o serviço foi implementado reafirmam que a implementação de serviços de saúde é resultado de interações multidimensionais entre os atores e com o contexto no qual estão inseridos (MAY; JOHNSON; FINCH, 2016). O contexto de implementação é analisado em 3 subtemas: **Política institucional, Características do público atendido, Visão dos envolvidos sobre os serviços farmacêuticos.**

5.1.1 Política institucional

Verificou-se que ser uma unidade de saúde de nível secundário influenciou a construção do processo de trabalho farmacêutico, principalmente quanto às formas de interação entre a equipe e outros pontos de cuidado como a atenção primária. Outro aspecto importante é que a dispensação de medicamentos é realizado apenas para os usuários do IPGG, o que permite maior avaliação e controle sobre o uso de medicamentos.

As diretrizes assistenciais do IPGG seguem o modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa que busca a atenção multiprofissional para produzir cuidado integral em saúde. Essa ótica favorece relações e articulações entre redes de atenção à saúde no contexto em que o idoso vive, considerando os fatores sociais. A oferta de serviços deve ser especializada e voltada à complexidade do idoso, para que melhor resolução em saúde seja adquirida, e para isso, capacitação e educação continuada de profissionais e cuidadores são fundamentais (IPGG, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Assim, a inserção das farmacêuticas na equipe de cuidado foi facilitado, uma vez que o IPGG valoriza o trabalho em equipe interdisciplinar como estratégia para promoção da segurança e melhoria de resultados para a saúde do paciente. Quando assistidos em um ambiente em que há colaboração interprofissional e comunicação efetiva, obtém-se melhores resultados em saúde, principalmente quando o grupo de usuários é de complexo manejo (BESSE; CECÍLIO; LEMOS, 2014; OLIVEIRA, ELAINE MACHADO DE; SPIRI, 2006). Com essa visão, o instituto criava encontros periódicos entre os membros da equipe para apresentação dos respectivos trabalhos, troca de experiências e discussão de casos. Foi nesse momento que as farmacêuticas viram a possibilidade de divulgação do serviço de atenção farmacêutica a fim de unir forças para sua implementação.

No entanto, as dificuldades com recursos financeiros para o abastecimento e outras ações nos serviços de saúde pública foram limitadoras para que as farmacêuticas pudessem atuar no modelo por elas idealizado:

C1 - Gostaria muito, é um plano excelente (ficar só em consulta farmacêutica)! Mas a demanda da secretaria do estado, da prefeitura, que a gente tem visto, é outra. Acho que nem eles estão se achando ainda na distribuição de medicamento, a gente vê muito isso... tinha um programa de passar pra farmácia privada e depois volta atrás porque não deu certo... E nisso a gente não pode perder o que a gente já tem de valioso que é dinheiro reservado pra comprar aquele medicamento pro idoso, garantia de medicamento pra aqueles pacientes que a gente atende aqui e isso eu sei que é um trabalho gigante, é um trabalho de manter a farmácia com estoque adequado.” (Gestão)

Os discursos e observações indicam, portanto, que as interações profissionais variam de acordo com o momento vivenciado na gestão do serviço de saúde, que impactam também a atuação individual dos profissionais. No contexto estudado verifica-se, assim, que as farmacêuticas não atuam exatamente da forma como estão descritos os modelos teóricos sobre a atenção farmacêutica (DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; MARTÍNEZ-ROMERO *et al.*, 2017; STRAND, L. M. *et al.*, 1990), mas as necessidades do serviço, sua trajetória e interações resultam em um modelo próprio, que incorpora o serviço farmacêutico na produção do cuidado em saúde do IPGG, sendo as farmacêuticas membros da equipe, efetivamente.

Dessa forma, mesmo que por um lado fosse estimuladas para implementar a atenção farmacêutica, a necessidade de atuação em ações logísticas limita as possibilidades de atuação clínica exclusiva e objetivada, semelhantemente ao identificado em outros estudos (ARAÚJO; FREITAS, 2006; BLAKE; MADHAVAN, 2010; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; LOUNSBERY *et al.*, 2009; VARELA *et al.*, 2011; WELLS *et al.*, 2014),.

Porém, ainda assim, não se verificou perda do espaço das farmacêuticas na equipe de saúde como visto por (ARAÚJO; FREITAS, 2006). Apesar da necessidade de maior controle de estoque de medicamentos devido à situação de gestão, o serviço de atenção farmacêutica passou a ser visto como mais uma estratégia para alívio da demanda de atendimento do instituto. Passou a suprir algumas necessidades da equipe relacionadas ao uso de medicamentos e informações técnicas, tornando-se referência no

direcionamento dessas questões, já que os atendimentos médicos e de outros profissionais se tornaram, em alguma medida, insuficientes:

C2- Hoje a gente tem uma equipe médica reduzida com grande número de pacientes pra atender. Não é toda hora que o médico tem disponibilidade pra discutir o caso de um paciente, seja, por exemplo, com a psicóloga. A psicóloga tem uma dúvida e quer discutir um caso de um paciente... Não é toda hora que o médico pode atender, mas se a dúvida é sobre medicamento e poderia ser tirada com o médico, às vezes elas conseguem na consulta farmacêutica sanar e tentar encontrar um caminho, devido ao grande conhecimento que a Farmacêutica 1 e Farmacêutica 2 têm a respeito de medicamento. Então quando tá difícil, quando tem problema com o paciente, tá difícil consulta com o médico, a gente acaba utilizando a consulta farmacêutica como instrumento facilitador na questão de medicamento.(Gestão).

C3- Eu acho que o farmacêutico a essa altura do campeonato ia diminuir a procura de médicos... a consulta médica. É logico que ia trabalhar com a cultura, mas ele ia reduzir... tem muitos aqui que não é uma consulta médica não... se você fizer uma boa consulta a atenção farmacêutica resolve. (Membro da equipe multiprofissional)

Além disso, os atendimentos da atenção farmacêutica contribuem para os indicadores de atendimentos multiprofissionais, os quais são utilizados para cumprir o contrato programa criado pela Secretaria do Estado e consequentemente, obter recursos financeiros para a instituição.

Porém com as dificuldades enfrentadas atualmente no IPGG quanto à insuficiência de recursos financeiros e de profissionais, no geral parece ter se perdido, pelo menos em parte, o espaço para a atuação interprofissional:

C4- Então você fala que a equipe devia ficar mais unida...Não é mais unida, ela tem que estar completa. (...). Nós éramos em 25, hoje estamos em 5 especialidades, eu não falo médico. E a gente é instituto... mas mesmo com essa equipe mínima que nós temos a gente vai tentando. (Membro da equipe multiprofissional).

C5- A gente tem meta pra bater aí se eu tenho uma colega e a colega sai, a minha meta continua só que com a diferença. (...) então sobrecarrega quem fica na verdade. E aí você fica muito mais voltada pro atendimento do que pra outras ações. (Membro da equipe multiprofissional).

Atividades em conjunto, dessa forma, têm perdido espaço para priorizar atividades básicas em saúde como consultas médicas, organização logística e dispensação de medicamentos, atendimentos de reabilitação física, entre outros, pelo respectiva classe profissional responsável:

C6- A gente tinha discussão de caso, nós tínhamos tempo pra fazer uma reunião pra discutir o tema, nós tínhamos esse momento... a equipe... Hoje a gente não tem, se tem eu não participo. (Farmacêutica 1)

C7- Era muito mais participativo, a gente era muito mais solicitados pra fazer esse tipo de curso, workshop. Existem ainda só que eu vejo que essa solicitação eu não vejo tanto assim. Por exemplo eu nunca mais fui convidada pra dar nada. (Membro da equipe multiprofissional)

Os discursos e observações indicam, portanto, que as interações profissionais variam de acordo com o momento vivenciado na gestão do serviço de saúde, que impactam também a atuação individual dos profissionais. No contexto estudado verifica-se, assim, que as farmacêuticas não atingem o modelo idealizado voltado ao atendimento individual (DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; MARTÍNEZ-ROMERO *et al.*, 2017; STRAND, L. M. *et al.*, 1990), mas sua trajetória e interações as tornam membros da equipe, ainda que em ações diferentes daquelas que imaginavam fazer, como atividades clínicas visando necessidades em saúde de grupos como aplicação de protocolos e por meio desses direcionamento á atendimentos individuais, educação em saúde e coleta de dados clínicos para otimizar a logística e acesso aos medicamentos.

Outro aspecto importante da política institucional é que o IPGG tem como diretriz desenvolver atividades de pesquisa e educação, com apoio e participação de diferentes instituições de ensino:

C8- Somos um centro que promove a educação em saúde do idoso, então a gente recebe pesquisadores, constrói pesquisas (...) somos um centro participante que atua na capacitação da rede. (Gestão).

O fato de receber estudantes e pesquisadores para a realização de diversos municípios do estado de São Paulo, assim como de centros formadores que buscam espaço para realização de estágio de seus alunos movimenta no instituto uma cultura de ensino-aprendizagem, inclusive na área farmacêutica. O trabalho educativo retroalimenta o serviço, contribuindo para sua sistematização, aumentando a capacidade de atendimento e de geração de dados, uma vez que conta com profissionais para realizar os atendimentos e levantamentos de dados. Dessa forma, contribui também com o aumento de visibilidade interna e externamente na área de saúde.

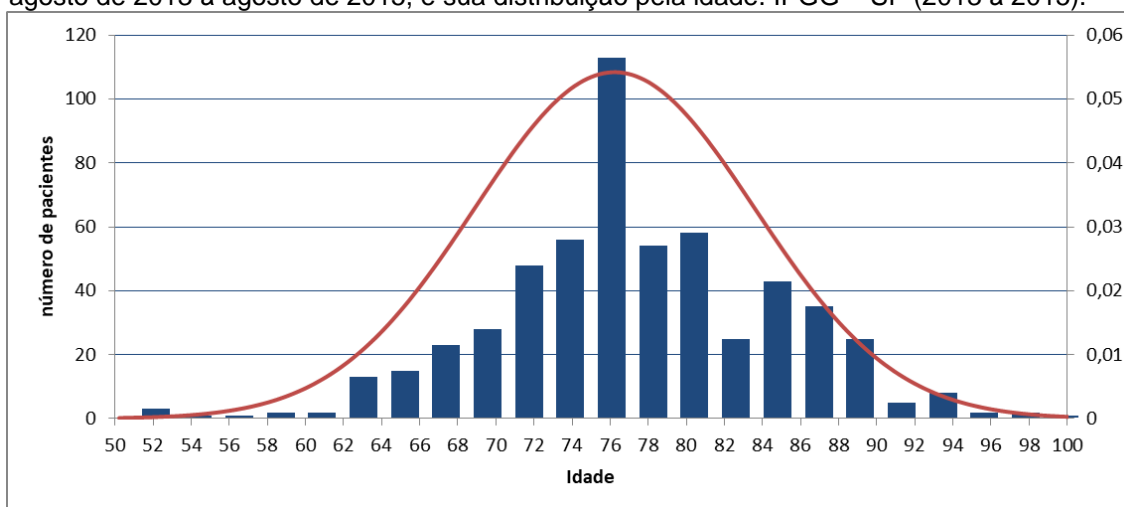
A criação do Departamento de Gestão da Educação em Saúde, o SUS passou a exercer papel importante na educação em trabalho voltada à práticas em saúde(LEMOS, 2016). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), foi criada em a fim de exercer educação continuada dos trabalhadores do SUS e estreitar relações com institutos e centros formadores. O IPGG está inserido nesse contexto e alinhado com essas ações como um instituto formador de profissionais de saúde. Isso ocorre pois, sabe-se que articular ensino-serviço é diferencial para desenvolvimento da percepção dos envolvidos sobre a realidade de produção de cuidado, e dessa forma, contribuir com mudanças tornando o serviço mais adequado e efetivo(ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016). A necessidade dessa integração ensino-serviço é importante também para a área farmacêutica, já que há a necessidade de adequação da formação desse profissional no Brasil para

execução das práticas clínicas, principalmente no SUS(MONTEGUTI; DIEHL, 2016; NICOLINE; VIEIRA, 2011; ROCHA; OLIVEIRA, 2013).

5.1.2 Características do público atendido

O fato da clientela atendida no IPGG serem os idosos, favorece a ação farmacêutica, considerando que, nessa faixa etária, o elevado consumo de medicamentos gera preocupações dos profissionais e dos usuários sobre segurança e efetividade dos tratamentos. A distribuição etária dos pacientes está apresentada na figura 1:

Figura 1.: Pacientes atendidos pelo serviço de atenção farmacêutica no IPGG no período e agosto de 2013 à agosto de 2015, e sua distribuição pela idade. IPGG – SP (2013 à 2015).



Fonte: A autora. Serviço de atenção farmacêutica do IPGG.

A média de idade dos pacientes atendidos é de 76 anos, e os dados se distribuem normalmente ao redor da média. A probabilidade do serviço de atenção farmacêutica atender idosos entre 60 a 92 anos é de 98,8%, entre 65 a 87 anos 94,18%. 75% dos pacientes atendidos estão acima de 69 anos e 50% entre 69 a 83 anos. A maioria dos idosos atendidos é do sexo feminino com

número de 406 (72%) em comparação com o sexo masculino 158 (28%) e ambos os grupos possuem média de idade igual a 76 anos. De acordo com o inquérito realizado por Silva (2012) ter idade superior a 70 anos e ser do sexo feminino está associado ao maior uso de medicamentos(SILVA *et al.*, 2012). O estudo *BambuÍ* para determinação do perfil de idosos no Brasil também mostra relação entre maior uso de medicamentos, idosos com idade maior que 70 anos e do gênero feminino (FILHO *et al.*, 2005).

Os pacientes atendidos no IPGG vivenciam diversas morbidades, são atendidos por diversos profissionais de saúde, incluindo aqueles das Unidades básicas de saúde, mas muitos também utilizam o sistema privado pelo medo de não serem assistidos adequadamente. Isso contribui para o aumento do número de medicamentos prescritos, polimedicação, duplicidades e consequentes eventos adversos levando a menor adesão ao uso dos medicamentos em idosos como visto por Sousa (2009 e 2011) (SANTIS; SOUSA, 2009; SOUSA *et al.*, 2011). Isso ocorre frequentemente, e os idosos polimedicados são considerados grupo de risco pela OMS, os quais devem ser submetidos a novas ações estratégias para melhor uso dos medicamentos(OMS, 2017).

C9- Eles chegam a procurar você pra questionar isso, “ah...o médico prescreveu isso... outro médico prescreveu aquilo... o que eu faço? (Membro da equipe multiprofissional).

C10- Ela me chamou atenção uma vez porque eu uso dois médicos. (Paciente 2 sobre abordagem farmacêutica).

O IPGG também atende indivíduos provenientes de hospitalização prévia e essa característica também representa importante oportunidade de intervenção para os farmacêuticos. Pacientes idosos possuem probabilidade de admissão hospitalar e readmissão maiores que quando verificado em outras faixas etárias, principalmente aqueles portadores de diversas doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão, principalmente pelo uso inadequado de medicamentos e descontrole de parâmetros clínicos (DALLEUR *et al.*, 2012), contudo, sabe-se que ações pela atenção primária, no que diz respeito ao uso correto de medicamentos, podem diminuir episódios de internação (HOLLAND *et al.*, 2008).

As intervenções podem ser tanto junto à equipe de trabalho quanto diretamente com os usuários, que costumam apresentar dificuldades com o tratamento medicamentoso. Um dos aspectos é a condição sócio-econômica, pois, a maior parte dos idosos atendidos no IPGG apresenta baixa escolaridade e baixa renda, além de problemas familiares significativos como ausência de pessoas adequadas ou próximas para cuidado e acompanhamento, demandando profissionais capazes de avaliar a situação como um todo para que o tratamento medicamentoso cumpra seu objetivo:

C11- Ele é um paciente de risco, que mora sozinho e possui diversas comorbidades e possui conflito familiar. Então ele é um paciente de risco na gerontologia. (Farmacêutica 1).

Muitas vezes o próprio idoso é cuidador de outro idoso, tornando o processo de cuidado em saúde mais delicado, pois, alterações na saúde de um paciente pode prejudicar a saúde do outro. Verifica-se que o perfil dos cuidadores atendidos no IPGG são em sua maioria mulheres, idosas, com baixa escolaridade e cônjuges, semelhante ao que verificaram Santos e Pavarini (2010), cujo estudo identificou que a maioria dos cuidadores de idosos usuários de Unidades Saúde da Família possuem este perfil(SANTOS, ARIENE ANGELINI DOS; PAVARINI, 2010). Stackfleth (2012) e Almeida (2005) (ALMEIDA, 2005; STACKFLETH *et al.*, 2012). Verificou-se também a predominância do sexo feminino em grupo de cuidadores de idosos, sendo em sua maioria filhas ou cônjuges(STACKFLETH *et al.*, 2012) e (ALMEIDA, 2005).

Pelo fato da maioria dos idosos e seus cuidadores não serem alfabetizados, os cuidados em saúde são influenciados, principalmente com relação ao uso de medicamentos. Somado a isso, pacientes idosos também possuem alterações cognitivas importantes refletindo em esquecimento do uso de medicamentos.

C12- Então a maioria dos nossos pacientes não são alfabetizados, por isso a gente tem um grande número de pacientes não aderentes ao tratamento. (Farmacêutica 2).

C13- Tem pacientes pós-avc... Parkinson e doenças neuro-degenerativas, que é o que acaba tendo uma demanda maior que a conta. (Membro da equipe multiprofissional).

Todas essas características criam um ambiente fértil para o desenvolvimento da atenção farmacêutica, resultando em benefícios. A complexidade do idoso em polifarmácia leva à necessidade de abordagens multiprofissionais como visto por Patel (2017), e integração do farmacêutico na equipe multiprofissional para manejo de situações de polifarmácia se tornou fundamental, como visto também por Arcopinto (2017) e Detoni (2017) (PATEL *et al.*, 2017)(ARCOPINTO *et al.*, 2017; DETONI *et al.*, 2017). A realização da atenção farmacêutica voltada a esse grupo é efetiva, principalmente para descontinuação de terapias não indicadas para idoso, conforme apontam Caffiero (2017) que identificaram que no grupo de pacientes atendidos pela atenção farmacêutica pelo MedCare somente 7,1% dos pacientes apresentaram uso de medicamentos não indicados a idosos em comparação com 35,3% dos pacientes pertencentes ao grupo de indivíduos atendidos pelo MedCare mas não pela atenção farmacêutica.(CAFFIERO *et al.*, 2017).

5.1.3 Visão dos envolvidos sobre os serviços farmacêuticos

A forma como os profissionais da equipe de saúde e usuários do IPGG foram percebendo o serviço de atenção farmacêutica e incorporando-o no processo de cuidado por meio de demandas, encaminhamentos, abertura de oportunidades e criação de barreiras também contribuiu para o modelo construído. A percepção da contribuição de outro profissional no trabalho interprofissional pode variar bastante, pois depende de diversos fatores, como formação prévia, mecanismos de educação permanente e experiências

anteriores(CORRÊA FERREIRA; RODRIGUES VARGA; FERREIRA DA SILVA, 2009). Considerando que o farmacêutico é um profissional que não tem acúmulo de participação na equipe de saúde é esperado que seu papel seja desconhecido e que seu potencial de contribuição seja subaproveitado(ARAÚJO; FREITAS, 2006).

Como ponto de partida da organização do serviço proposto, considerou-se que a atenção farmacêutica é um modelo de prática profissional em que são abordadas experiências objetivas e subjetivas do usuário de medicamentos, visando à identificação e resolução de problemas na relação entre os profissionais e pacientes, e que esse trabalho é alicerçado em conhecimentos técnicos complexos (por exemplo: identificação de ausência de terapia, doses exacerbadas, doses menores do que necessário, interações medicamentosas, reações adversas, aplicação de protocolos, adesão e acesso, significados e formas de compreensão) (DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; RAMALHO-DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; STRAND, L. M. *et al.*, 1990). Porém investigou-se como essa visão é interpretada pela equipe multiprofissional e por pacientes e se outras competências e potenciais do serviço são considerados mais importantes do que outras. Embora tenham sido identificados diversos olhares, predomina a percepção de que o farmacêutico contribui para melhorar a adesão dos pacientes aos tratamentos já prescritos:

C14- Eu identifico assim, na consulta delas, se eu tiver um problema de adesão ao medicamento, o paciente que não está aderindo ao medicamento por algum motivo elas vão ajudar ele a sanar. (Gestão)

Na verdade, se reconhece que o trabalho vai além disso, mas é como se não pudesse ser papel atribuído às farmacêuticas:

C15 - Eu acho que uma coisa que elas resolvem e que não deveriam muito, mas resolvem, é o idoso que ficou sem remédio, que acontece muito, perdeu a consulta ou o médico não conseguiu atender dentro do prazo pra renovar a receita, isso elas resolvem demais. (Gestão)

Percebe-se que o papel do farmacêutico nesse tipo de situação não é considerado como uma estratégia possível, mas é como se admitir esse papel fosse reconhecer falhas estruturais do serviço:

C16- Porque se você tivesse as 4 consultas garantidas no ano pro idoso ele não precisaria chegar nesse ponto de problema de renovação de receita, mas a gente não consegue colocar toda a cartela de paciente que ele (o médico) tem que atender dentro do prazo da receita. Às vezes elas entram na conta pra dar uma ajuda, tipo vamos socorrer aqui, tô com um paciente assim, o que eu posso fazer, tá ficando sem remédio, a consulta do médico não tá aí e elas dão a opinião delas do que pode ser feito ao medicamento do idoso. Gestora.

Parece que falta clareza sobre a real contribuição do serviço farmacêutico provoca subestimação das possibilidades das profissionais no cuidado:

C17- Bom, conheço em relação à organização do serviço, a distribuição, a checagem no momento da expedição do medicamento. Os trabalhos que são feitos em cima dos medicamentos que a gente usa. Basicamente isso. (Membro da equipe médica)

C18- Sempre mantém informado o que está disponível na farmácia ou não está disponível, ou mantém informado se houve alguma mudança. (Membro da equipe médica).

Contudo, isso não quer dizer que não saibam que o serviço ocorre além da orientação e promoção da adesão, mas que só conseguem expressar adequadamente o que vivenciam em sua prática: a necessidade de assegurar que o paciente siga as recomendações prescritas de uso dos medicamentos para que as condutas médicas tenham efeitos. Algumas vezes também citam a importância da atenção farmacêutica na criação de protocolos clínicos e outras demonstram superficialmente conhecimento sobre realização de investigações mais precisas, mas não conseguem explicá-las:

C19 - E quando eles percebem que não tem aderência e não está tomando. Ai eles avaliam, marca uma consulta e aí começa toda uma investigação. (Membro da equipe médica).

C20- Eles tem alguns protocolos, temos protocolos que eles seguem e entram em contato com a gente para saber se a gente está de acordo com o medicamento que vai ser usado. (Membro da equipe médica).

C21- É uma linha a mais de ajuda que a gente tem, eles formam uma barreira pra corrigir como eu já falei, de medicamento equivocado, dose equivocada, paciente que está em polifarmácia. (Membro da equipe médica).

O entendimento sobre a contribuição do serviço farmacêutico está vinculado com a própria vivência dos profissionais com o uso de medicamentos pelos seus pacientes e a necessidade de manejo para que as suas intervenções possam ser efetivas:

C22- Às vezes um medicamento não está em consonância um com outro. Às vezes essa interação é prejudicial. Então tudo isso é visto, Então às vezes tem medicamento que se você der concomitante, prejudica mais que auxilia. (Membro da equipe multiprofissional).

C23- A farmácia tem muito a ver pela questão de adesão. Os nossos idosos você pode ver, a maioria vem sozinho. Mais que a farmácia, a atenção farmacêutica tem as orientações, chega em casa e acaba tomando o remédio por conta própria. (Membro da equipe multiprofissional).

C24- A gente vê que realmente tomou um a mais, esse um a mais pode prejudicar. Vai saber quanto tem? Então pra mim é desesperador, porque eu não sou uma farmacêutica, eu sou uma assistente social... aí eu levo o caso pra elas. (Membro da equipe multiprofissional).

C25- É um atendimento diferenciado, acho que mais minucioso, a gente vê paciente por paciente, não só distribuir medicamento, mas ver de que forma ele está sendo administrado. Auxiliar nesse sentido. Comunicar quando há efeitos, adversos, acho que é, tudo isso ele pode contribuir. (Membro da equipe multiprofissional).

C26- Ele sai daqui orientado, com as dúvidas que eles tem e saber o porquê que ele tem que tomar esse remédio. Por mais como enfermeira eu fale, olha, essa medicação é pra sua pressão, o senhor tem que tomar direitinho, a atenção farmacêutica tem um jeito também, diferenciado, que vai reforçar o que o médico disse, o enfermeiro disse. (Membro da equipe multiprofissional).

Os pacientes também percebem o apoio das profissionais para a utilização adequada dos medicamentos, mas não o trabalho de intervenção junto aos prescritores e outros profissionais:

C27- Não tem nada que dizer de mal dela. Me atendeu muito bem. Muito difícil olhar, tomar tudo. (Paciente 2).

C28- Olha eu acho pra pegar remédio, pra ter remédio, eles atender a gente bem. Explicar como que é, porque mesmo com o que o médico fala a gente ainda tem dúvida. (Paciente 3).

Apesar do conhecimento sobre a utilidade do serviço sendo a adesão ao tratamento e necessidade de orientação os benefícios mais citados, todos citam a presença de polifarmácia como potencial problema a ser resolvido pela atenção farmacêutica. Isso porque, esse problema se torna precursor de diversos outros como a própria dificuldade de adesão, excesso de uso de medicamentos, confusão, esquecimento e eventos adversas, demonstrado também por Sousa (2009,2011)(SANTIS; SOUSA, 2009; SOUSA *et al.*, 2011).

A visão de que o potencial do serviço farmacêutico em resolver problemas relacionados à polimedicação reflete no tipo e número de encaminhamentos recebidos entre 2013 e 2015 para 224 pacientes. De acordo com o quadro 2, foram realizados 249 encaminhamentos, ocorrendo encaminhamentos repetidos para alguns pacientes. A maioria dos encaminhamentos ocorre por adesão (30%) e polifarmácia (21,6%), seguido por acesso (18,8%) e, alterações de parâmetros e queixas como presença de RAM (18,1%). 10% dos encaminhamentos não referiram o motivo. Esses dados refletem a percepção da equipe sobre o potencial do serviço em resolver problemas de medicamentos, estando ele vinculado a problemas de adesão, polifarmácia, acesso e segurança.

Quadro 2.: Número de pacientes encaminhados, segundo motivos de encaminhamento para o serviço de atenção farmacêutica. IPGG – SP (2013 à 2015).

Motivos de encaminhamento	N	%
Adesão	76	30,5
Polifarmácia	54	21,7
Acesso	47	18,9
Queixas e alterações de parâmetros	45	18,1
Não refere	27	10,8
Total	249	100

Fonte: Paiva D. Trabalho de conclusão de curso em andamento. Serviço de atenção farmacêutica do IPGG.

Observou-se que pacientes encaminhados por polifarmácia também possuíam em sua maioria problemas de adesão e reações adversas à terapia, podendo o número de encaminhamentos por adesão ser maior que o identificado.

De acordo com o quadro 3, existe diversidade na fonte de encaminhamentos para o serviço, contando com o próprio serviço de farmácia, enfermeiras, nutricionistas, assistência social, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudióloga, educadores físicos e busca ativa por pacientes. A maioria dos encaminhamentos realizados para o serviço foi da própria farmácia (31,3%) devido à sua eficácia de sinalização dos pacientes elegíveis durante a dispensação. Pode ser que ocorra capacitação adequada dos

funcionários para identificar tais pacientes durante a dispensação, indicando que a equipe de auxiliares está alinhada com o trabalho farmacêutico, semelhante aos resultados no estudo realizado por Melo (2017) no qual os auxiliares preparados foram capazes de identificar problemas de adesão e uso em 26% dos pacientes atendidos na dispensação, tornando-se participantes e membros ativos do cuidado farmacêutico (MELO *et al.*, 2017). Dessa forma, 65% dos encaminhamentos por acesso foi realizada pela farmácia do IPGG no momento da dispensação. Ao verificar o perfil de encaminhamento da própria farmácia, 62% foram por causas de acesso e 22% para seguimento farmacoterapêutico. Os encaminhamentos pelos nutricionistas e enfermeiros também foram altos. 18,5% dos encaminhamentos foram feitos por nutricionistas, em sua maioria (41%) por motivo de polifarmácia, e encaminhamentos pela enfermagem totalizaram 10%, o encaminhamento por polifarmácia (35%) também predominou entre as causas de encaminhamento. Os médicos e psicólogos foram os profissionais que menos encaminham pacientes para o serviço, mas há possibilidades que a maioria dos encaminhamentos desconhecidos (n=40) também incluam encaminhamentos médicos e de outros profissionais:

Quadro 3.: Número e porcentagem de encaminhamentos pela atendimento no serviço de atenção farmacêutica. IPGG – SP (2013 à 2015).

Origem	Encaminhamentos	%
Farmácia	78	31,3
Nutricionista	46	18,5
Desconhecido	40	16,1
Enfermagem	26	10,4
Fisioterapeuta	15	6,0
Assistência Social	12	4,8
Médico	11	4,4
Paciente	11	4,4
Outros	5	2,0
Psicólogo	5	2,0
Total	249	100,0

Fonte: Paiva D. Trabalho de Conclusão de Curso em andamento. Serviço de atenção farmacêutica do IPGG.

Esses dados indicam a percepção da equipe multiprofissional sobre as potencialidades do trabalho clínico farmacêutico. Chama a atenção que quase 20% dos atendimentos foi para resolver problemas de acesso a medicamentos. Esse número é reflexo da percepção das necessidades pela própria farmácia,

enquanto que encaminhamentos pela equipe multiprofissional ocorre por outras necessidades. Queixas de alteração de parâmetro e orientação podem ser referentes a problemas de adesão, que parece ser a principal atribuição relacionada à imagem do profissional, inclusive no discurso dos próprios farmacêuticos. Esses resultados são contrários ao visto por Araújo (2006), o qual verificou que o envolvimento multiprofissional do farmacêutico se limita à resolução de problemas logísticos, prática cujo contexto se caracteriza por não atendimento às necessidades de acesso da população, o que inviabilizou a implementação de atividades clínicas farmacêuticas em alguns locais de saúde (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

5.2 Mecanismos de viabilização da atenção farmacêutica

Nesse tema identificaram-se fatores relacionados diretamente à equipe de farmácia, entre eles a construção e adaptação das condições de estrutura específica, planejamento do processo de trabalho, além da busca por estratégias de atuação e como estas impactaram a interlocução com gestores, criação de laços e conquista de apoio na equipe. O tema será abordado em quatro subtemas: **Adaptação das condições estruturais, Comunicação interna e externa, (Re)planejamento e construção de indicadores.**

5.2.1 Adaptação das condições estruturais

Esse primeiro subtema correspondeu às ações estratégicas por meio de alteração de condições ou de adaptações estruturais para viabilização do serviço.

Embora as condições de estrutura sejam consideradas a base fundamental para a qualidade em serviços de saúde (DONABEDIAN, 1992) e se observem dificuldades na conciliação de ações voltadas ao cuidado com aquelas administrativas e logísticas, já relatadas em outros estudos (COSTA; PEREIRA, 2013; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; FEGADOLLI; SANTOS; *et al.*, 2011), muitas ações podem ser desenvolvidas fora das condições ideais, como é o presente caso estudado, em que se verificou valorização de oportunidades e atuação estratégica assim como por Reyes (2014) (REYES HERNÁNDEZ *et al.*, 2014).

Entre os aspectos estruturais, o acesso a fontes de informações sobre medicamentos e formação dos trabalhadores (farmacêuticos e auxiliares) foram importantes, contudo, a estrutura de tecnologia de informações dificulta o acesso a algumas bases de dados importantes para pesquisa sobre saúde e uso de medicamentos:

C29 - Nossos recursos aqui são muito precários. E a base de dados que a gente tem é a base de dados gratuita pela internet, mais nada... os livros que a gente tem são os livros que eu compro. Todos os que tem aqui, foi todos que eu comprei...e assim a gente vai caminhando. (Farmacêutica 1)

Embora dificulte e desestime as profissionais com o decorrer do tempo, esse não foi um fator limitante para que o serviço estudado fosse iniciado, uma vez que outros elementos facilitaram o processo. Fatores descritos na literatura, como ausência de local exclusivo para realização das atividades e dificuldade de acesso a documentos clínicos como prontuários e laudos não foram dificuldades encontradas pelas profissionais do IPGG (ARAÚJO; FREITAS, 2006; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009; FEGADOLLI, 2017; WELLS *et al.*, 2014). Isso porque, os ajustes da estrutura foram ocorrendo conforme os processos foram sendo consolidados, e não o contrário(TANAKA, 2011).

Outro aspecto superado foram as dificuldades relacionadas à provisão de medicamentos no Instituto. Para criação de ambiente favorável, as primeiras ações foram voltadas à melhoria na oferta e nas condições de dispensação dos medicamentos. Ao contrário do que foi visto por Freitas (2006) em que a

desorganização do acesso aos medicamentos foi fator limitante para implementação de atividades clínicas, assistência farmacêutica no IPGG começou a ser organizada pelas farmacêuticas a fim de eliminar ou diminuir consideravelmente os problemas de acesso aos medicamentos, objetivando a implementação da atenção farmacêutica (ARAÚJO; FREITAS, 2006):

C30- Não adianta nada ter uma excelente atenção farmacêutica se tem falta de medicamento na farmácia. Não tem adesão porque falta, faltou porque teve má gestão. Então a gente precisou caminhar certinho na gestão de estoque. (Farmacêutica 1)

Antes de iniciarem a prática da atenção farmacêutica os itens disponíveis no instituto eram limitados, o que se ampliou a partir da realização de levantamentos sobre as doenças mais prevalentes entre os idosos atendidos e estudo sobre os medicamentos mais indicados e ausentes:

C31 - Colesterol a gente não tinha nada, para osteoporose a gente não tinha nada. Então baseado nisso, não tem nada para osteoporose e trabalhando com idosos? Como assim?. (Farmacêutica 1)

Nesse caminho, foram sendo aperfeiçoadas as formas de avaliação de necessidades e o controle de estoque, o que melhorou a disponibilidade de medicamentos para os usuários e contribuiu para conquistar a confiança de profissionais, gestores e pacientes:

C32- E as vezes o paciente não consegue medicação em outros lugares e só tem aqui. Não faz parte do auto custo, e só tem aqui. E os pacientes que passarem com a gente eles acabam conseguindo. E muitos vem encaminhados de fora por esse motivo também. (Membro da equipe médica)

A atuação das profissionais na organização e garantia do acesso, como se observa, é bastante valorizada, uma vez que é realidade o frequente desabastecimento de medicamentos em unidades de saúde pública em diferentes locais (OLIVEIRA, LUCIANE CRISTINA FELTRIN DE; ASSIS; BARBONI, 2010). Problemas com abastecimento de medicamentos no SUS são observados em alguns estudos (LIELL; TOSCAN; SCHWINGEL; *et al.*, 2009; SANTOS, VANIA DOS; NITRINI, 2004; SOUZA *et al.*, 2012), cuja dispensação efetiva ocorre entre 60 a 68% dos medicamentos prescritos.

Outra estratégia adotada pelas farmacêuticas é a formação continuada dos trabalhadores que atuam na organização e atendimento da farmácia, o que possibilita que atividades menos específicas sejam delegadas, liberando tempo e disponibilidade das profissionais para as ações de atenção farmacêutica:

C33 - Então a gente tem pessoas estratégicas que dão o apoio para inclusive fluir esse trabalho até quando a gente não está aqui. (Farmacêutica 2)

De acordo com (KOTTER JOHN, 2012) delegar atividades é fundamental para que as principais barreiras sejam superadas durante o processo de implementação. Assim, as farmacêuticas evitam que atividades logísticas sejam barreiras para a execução da atenção farmacêutica, como

verificado em outros estudos (BLAKE; MADHAVAN, 2010; COSTA; PEREIRA, 2013; FEGADOLLI; SANTOS; *et al.*, 2011; LOUNSBERY *et al.*, 2009). A participação dos auxiliares foi registrada no diário de campo:

C34 - O ponto positivo é que todas as dispensações são feitas adequadamente pelo funcionário resultando em orientação. O paciente tenta conversar sobre suas experiências subjetivas ao uso de medicamentos como medo e expectativas, mas o funcionário mostra-se limitado para resolver essas questões. Contudo, conhecem a atenção farmacêutica e os critérios de encaminhamento, conseguindo identificar e encaminhar pacientes elegíveis para a consulta. “ Diário de campo 31/09/2016.

O processo de educação continuada dos auxiliares, já discutido nos aspectos contextuais, é determinante no processo e os torna participantes do fluxo de execução do serviço de atenção farmacêutica:

C35- Eles conseguem identificar no momento da dispensação, eles foram treinados para que, percebeu que aquele idoso tem dificuldade maior com aquele medicamento, chama a gente, ou caso, esta em reunião, não está aqui e tal, faz um encaminhamento para a atenção farmacêutica. (Farmacêutica 1)

A formação de profissionais externos em nível de especialização, que como apresentado nos aspectos contextuais deste estudo é uma das prerrogativas do IPGG, também aumenta a capacidade de atendimento do

serviço de atenção farmacêutica, uma vez que os especializandos também geram atendimentos no serviço. Receber estudantes também contribui para divulgar o serviço implementado no Instituto, fortalecendo os meios de divulgação externa apresentados a seguir.

5.2.2 Comunicação interna e externa

Comunicação interna com a equipe é um dos passos fundamentais para que a implementação da mudança desejada ocorra, isso porque, ao se compartilhar informações os envolvidos se sentem comprometidos e capazes de se envolverem nas tomadas de decisões. Quanto maior a comunicação institucional, a relação entre os participantes se estreita, o que é fundamental quando se trata de equipe multiprofissional, em contrapartida, menor é a resistência frente à implementações (GILL, 2002; KOTTER, J. P., 2012; LINES, 2004; STUART M. KLEIN, 1996; TONY PROCTOR; IOANNA DOUKAKIS, 2003; WIM J.L. ELVING, 2005). Impulsionadas pela política institucional, as divulgaram amplamente seu trabalho;

C36 - Aqui existia um período que, a cada mês, ia um profissional de saúde falar sobre como que era o serviço. Aí um mês foi o nosso, a gente divulgou a atenção farmacêutica. A gente fala que foi o grande marco nosso, foi esse, porque, foi uma divulgação pros trezentos funcionários da unidade e a partir dali começou a mudar de forma.”(Farmacêutica 1)

Para embasar as divulgações sobre o serviço, as farmacêuticas realizaram levantamentos sobre o perfil dos pacientes atendidos pelo IPGG assim como a potencialidade do serviço em identificar e resolver esses problemas. Constantes comunicações passaram a incluir esses resultados, os quais, a longo prazo, ganharam visibilidade externa, tanto na área de gerontologia quanto na farmacêutica. Isso ocorreu por diversos outros meios, como convites para publicações e elaboração de capítulos de livro na área de gerontologia, palestras e docência em programas de pós-graduação em nível de especialização.

Dessa forma, as farmacêuticas foram capazes de sensibilizar sobre necessidade do serviço e também propagá-lo, partindo dos problemas que ainda existem e que estão sendo solucionados. Comunicaram os seus objetivos e, ao mesmo tempo, organizaram indicadores como outra ferramenta estratégica de argumentação institucional para que se reconheça o serviço e se avance na implementação.

Mediante necessidade de adesão da comunidade ao serviço, as farmacêuticas também criaram estratégias de comunicação com os usuários. Utilizaram de grupos de educação em saúde voltados a grupos de risco com potencial para serem elegíveis ao serviço de atenção farmacêutica. Um exemplo é o grupo de educação em saúde para pacientes que utilizam insulina e possuem risco para eventos adversos. Dessa forma, comunicaram o serviço de forma a atrair os usuários para o processo de cuidado farmacêutico.

Após divulgação e conscientização da importância do serviço, a comunicação não cessou. As tomadas de decisões clínicas e encaminhamentos são frequentemente documentados em prontuários como

forma de comunicação sobre o estado do paciente. Ao se depararem com um problema clínico durante as consultas, as farmacêuticas descrevem o principal problema e queixa do paciente, seguido de dados clínicos como resultados laboratoriais e aferições. Após elaborar essa introdução com objetivo de envolver o leitor na problemática, as farmacêuticas expunham sua avaliação com relação à situação e classificavam o tipo de Resultado Negativo a Medicamento e Problemas Relacionados a Medicamentos demonstrando domínio sobre anamnese farmacêutica, e também mostrando a todos segurança e embasamento no que estava sendo dito. Após classificação, sugeriam uma modificação na terapia ou até mesmo no comportamento do paciente por meio de intervenções. Planejamentos futuros também eram demonstrados, assim como resultados obtidos de intervenções passadas. Dessa forma, obteve-se homogeneidade e organização na forma de comunicação sobre a situação de saúde e uso de medicamentos dos pacientes para toda a equipe, mesmo que diferentes farmacêuticos estivessem envolvidos no cuidado. Por fim, verificou-se que a via de informações ocorre entre a equipe-atenção farmacêutica por encaminhamentos assim como atenção farmacêutica- equipe ao solicitar encaminhamentos ou retornar informações importantes para a tomada de decisão de outros profissionais.

C37- Farmacêuticas... que abraçam o caso. Elas dão esse atendimento, evolui o prontuário e quando encaminham pra ela, ela evolui o prontuário pra saber do que a gente tá falando. E sempre quando é agendado a gente põe a causa. (Membro da equipe multiprofissional)

Apesar da equipe hoje, apresentar dificuldades para reuniões e discussões de casos presenciais, a comunicação por prontuário é respeitada, levando a crer que a comunicação multiprofissional está adequada para promoção da segurança do paciente como dito por (ALLEN; OTTMANN; ROBERTS, 2013) e preconizado pela (OMS, 2017).

5.2.3 (Re)planejamento e construção de indicadores

Com o crescente aumento da demanda e encaminhamentos pela equipe multiprofissional, além da necessidade de padronização de registros de atendimentos para fins de pesquisa as farmacêuticas passaram a empregar e a desenvolver fluxos e instrumentos de trabalho padronizados.

O processo de implementação pode ser demorado e os benefícios mais significativos demonstrados somente a longo prazo podendo levar os envolvidos a desanimar em investir forças. Para isso, indicadores podem indicar pequenos ganhos como vitórias rápidas, independente se a mudança ocorre lentamente ou rapidamente, e essa forma gera confiança, fortalece o aparecimento de iniciativas e guia a equipe nos ajustes do processo de implementação (ALLEN; OTTMANN; ROBERTS, 2013; KOTTER, J. P., 2012; KOTTER, J. P.; SCHLESINGER, 1979; KOTTER JOHN, 2012). Pensando nisso, foram criados códigos numéricos para cada tipo de ação e resultados obtidos pelo serviço de atenção farmacêutica como, por exemplo, intervenções, encaminhamentos e estado de saúde do paciente. Tais códigos foram utilizados para avaliação interna como indicadores e retorno de ganhos para a equipe e gestores sobre os atendimentos. Havendo a possibilidade de gerar

indicadores, foram determinadas metas a serem atingidas por planejamento estratégico:

C38 - Para cada processo tem sua meta baseada em número mesmo, porcentagem, quantidade, realmente quanti. Então a meta, o que fazer para atingir a meta. Depois disso tem um POP (procedimento operacional padrão) para cada meta. E cada um responsável por cada POP. Depois disso a gente tem nosso cronograma para o ano inteiro.(Farmacêutica 1)

Segundo Kotter, é neste momento que as organizações devem tomar cuidado durante o processo de implementação de mudança pois os pequenos ganhos podem levar a acreditarem na vitória muito cedo, e assim, investir menos energia resultando no retrocesso do processo(KOTTER, J. P., 2012; KOTTER JOHN, 2012; KOTTER, JOHN P., 1995). O serviço de atenção farmacêutica no IPGG, apesar de criar indicadores e metas, viu que se tornaram necessários reavaliação e planejamento de melhorias como indicado por autores sobre implementação de mudanças institucionais(HUY, 2001; KOTTER, J. P.; SCHLESINGER, 1979; KOTTER, JOHN P., 1995), e também por aqueles que verificaram que o processo de implementação da atenção farmacêutica (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016; SORENSEN *et al.*, 2016).

C39 - Então a gente planeja já com esses dados aqui. E aí no final do ano a gente computa, a gente planejou (exemplo) fazer 100 atividades, de 100

a gente conseguiu fazer 50, e a gente justifica porque a gente conseguiu, porque não conseguiu, e dá a devolutiva para a equipe.” Farmacêutica 1.

Como prática ainda em reconhecimento e implementação, faz-se necessário que o serviço de atenção farmacêutica esteja disposto a documentar, identificar e avaliar resultados que fundamentam a sua existência (DE OLIVEIRA, DJENANE RAMALHO, 2011; STRAND, LINDA M. *et al.*, 2004).

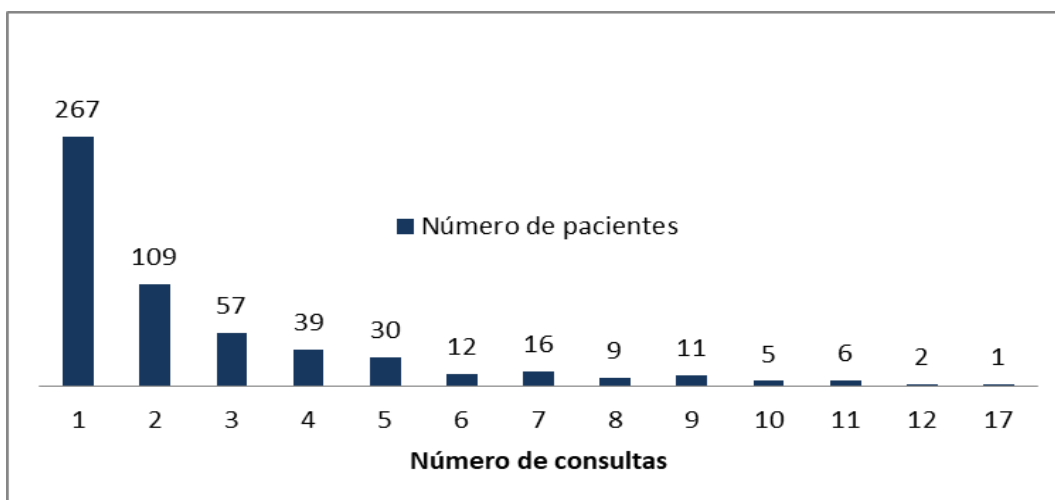
5.3 Institucionalização da atenção farmacêutica

A aplicação das estratégias apresentadas resultaram na implementação do serviço de atenção farmacêutica por duas farmacêuticas, apoiadas por dez trabalhadores para as funções da logística do medicamento. Os atendimentos clínicos acontecem em consultórios de uso comum pela equipe multiprofissional (enfermeiras, médicos, nutricionistas, entre outros) e as ações em grupo em diferentes áreas de uso comum do Instituto. Os agendamentos de consulta são realizados pela recepção, assim como ocorre com os demais profissionais.

No período de julho de 2013 a julho de 2015 foram atendidos 564 pacientes, sendo 196 (35%) em seguimento nos anos anteriores e 368 (65%) pacientes que iniciaram consultas nesse período. O número de consultas farmacêuticas totalizou 1474, sendo 368 (25%) primeiras consultas e 1106 (75%) retornos.

A distribuição de pacientes segundo número de consultas é apresentado na figura 2.

Figura 2: Número de pacientes atendidos no serviço de atenção farmacêutica no IPGG, segundo número de consultas. (IPGG. São Paulo-SP. 2013-2015).



Fonte: A autora. IPGG.

47,3% (267) dos pacientes receberam somente um (1) atendimento, e 224 (39,7%) passaram por primeira consulta e depois tiveram seguimento, e 43(7,6) pacientes tiveram nesse período somente a consultas de retorno.

O serviço realizou cerca de 16 atendimentos semanais, sendo 8 por farmacêutica. O tempo médio de consultas foi de 40 minutos, ou seja, aproximadamente 11 horas por semana são utilizadas para a realização de atendimento, não sendo possível mensurar tempo de estudo sobre a condição clínica do paciente e discussão dos casos entre as farmacêuticas e a equipe multiprofissional.

Ao serem atendidos pelo serviço de atenção farmacêutica após encaminhamento, 224 pacientes receberam ao total 195 intervenções, sendo que 32 pacientes não necessitaram de intervenções (14,1%), na primeira

consulta no período de agosto de 2013 a agosto de 2015, como descrito pelo quadro 4.

Quadro 4.: Perfil de intervenções (número e porcentagens) realizadas na primeira consulta em 224 pacientes atendidos pela primeira vez pelo serviço de atenção farmacêutica no período de agosto de 2013 a agosto de 2015. IPGG – SP (2013-2015).

Intervenções	Total	%
Orientação sobre correto de medicamentos	109	48,0
Atuação em transição de cuidado	50	22,0
Acompanhamento de Reações adversas e controle de parâmetros	27	11,9
Alterações diretas: Retenção de receitas, ajuste de horários, suspender medicamento até próxima consulta médica.	7	3,1
Proporcionar acesso	2	0,9
Total	195	85,9

Fonte: A autora. IPGG.

Sendo a maioria dos encaminhamentos para o serviço por motivos de adesão (30,5%) é esperado que o número de intervenções voltadas à orientação do uso de medicamentos também seja predominante (48%). Em resposta ao número de encaminhamentos por alterações de parâmetros e aparecimento de RAM (18,1%), intervir no sentido de acompanhar parâmetros e resultados negativos do uso de medicamentos apresenta-se em (11,9%). Contudo, em comparação com o número de encaminhamentos por problemas de acesso (18,9%), somente 2% dos pacientes necessitaram intervenções

ligadas à dispensação de medicamentos. Isso pode levar a crer que pacientes encaminhados por motivos de acesso, na verdade, apresentam problemas mais complexos a serem identificados e resolvidos pela atenção farmacêutica.

Em comparação com o número de encaminhamentos por motivo de polifarmácia (21,7%), o número de intervenções sobre a transição de cuidado ligado ao uso de medicamentos é semelhante (22%). Essas intervenções se caracterizam pela criação de relatórios para serviços e profissionais de saúde externos contendo o histórico de toda a terapia medicamentosa, as duplicidades e problemas de comunicação entre os diferentes médicos que assistiam o paciente, problemas e relacionados a medicamentos, resultados negativos aos medicamentos, suas condutas e intervenções. Essa atuação se assemelha à Reconciliação Medicamentosa, cujo objetivo é assegurar comunicação nas transições de cuidado como estratégia para promoção da segurança do paciente (CHHABRA *et al.*, 2012; SINVANI *et al.*, 2013). A reconciliação medicamentosa é um dos modelos de ações da Organização da Saúde em promover segurança do paciente, e por isso, cria protocolos e recomendações para a implementação dessa prática em locais de saúde (Standard Operating Protocol Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care). A reconciliação medicamentosa não é uma prática exclusiva do farmacêutico, mas sim responsabilidade de todos os profissionais envolvidos com o cuidado em saúde. Contudo, quando realizada por farmacêutico é bem vista, aceita e possui melhores resultados na diminuição de reações adversas como visto por (CHHABRA *et al.*, 2012; JOKANOVIC *et al.*, 2016; MERGENHAGEN *et al.*, 2012).

No período de 2013 a 2015, 103 (38,5%) idosos entre aqueles 224 que foram acompanhados por mais de uma consulta pela atenção farmacêutica, foram referenciados para outro profissional ou instituição no modelo de reconciliação medicamentosa, mostrando que o serviço farmacêutico está integrado à lógica de referência e contra-referência entre cuidados primários, secundários e hospitalares. Ao todo, foram elaborados e direcionados 117 relatórios como demonstrado no quadro 5.

Quadro 5.: Número de encaminhamento por locais de saúde na cidade de São Paulo. IPGG-SP, 2013-2015.

Local	Número	%
UBS	55	47
IPGG	19	16
Particular/ convênio	12	10
Hospital	6	5
AMA	2	2
AME	2	2
Ambulatório de especialidades	1	1
Não informado	20	17
Total	117	100

Fonte: A autora. IPGG.

É possível verificar que o número de encaminhamentos do serviço de atenção farmacêutica por meio de relatórios foi maior para UBSs, pois, se trata de serviço de atenção farmacêutica alocado em local de saúde de nível secundário. Houve também direcionamento dos relatórios para atendimentos particulares ou convênios, reforçando o fato que os pacientes idosos procuram

diversos serviços e profissionais médicos e quando possível pagam por esse atendimento, mesmo podendo obtê-lo de forma gratuita no IPGG. Mesmo se consultando com médico geriatra em instituto de geriatria, alguns pacientes pagam consultas com médicos externos e as farmacêuticas verificam necessidade de intervir nessa questão diretamente com o paciente ou enviando relatórios informando discrepâncias na terapia medicamentosa como duplicidade de prescrições e iatrogenias.

C40- Aí ela falou que eu tinha que deixar de ir em 2 (médicos). Mas eu não deixo sabe por quê? Quando um não atende o outro atende. Não tá tendo os remédios que eles passam da pressão, do estômago, então, só a médica muda o remédio da pressão o médico do posto não. (Paciente 2).

A predominância por encaminhamentos por motivo de polifarmácia pela equipe multiprofissional e argumentos mais claros sobre o potencial da atuação farmacêutica nesse problema reforça que o serviço de atenção farmacêutica é reconhecido por ter potencial em resolver problemas de transição de cuidado do idoso.

No entanto, devido a alterações organizacionais como mudança de gestores, falta de uma das farmacêuticas devido à licença maternidade o atendimento do serviço de atenção farmacêutica parou de ser realizado pelas farmacêuticas, no período de Janeiro a Dezembro de 2016, mas não foi descontinuado, pois, farmacêuticos especializando mantiveram os atendimentos. Nesse momento, as forças das farmacêuticas também foram

direcionadas a outro ato estratégico para melhoria da assistência farmacêutica e com isso melhoria da dedicação aos serviços clínicos. Essa estratégica se caracterizou pela implementação de sistema informatizado de dispensação e identificação de problemas de acesso.

C 41- A implementação dos sistemas que foram escolhidos pra farmácia aqui eles são respaldo pra unidade como um todo, mas também um diferencial da farmácia. Por exemplo, a farmácia tenta chegar num nível de ser a referencia mesmo, de ser inovadora, pioneira.(Gestão)

C42- Então a gente conseguia dividir tanto a parte burocrática quanto a parte da atenção farmacêutica, e a rotina era muito mais pesada que antes. Então com a implantação desses dois sistemas, a rotina ficou otimizada. A gente não deixa de ter essa parte burocrática, de RH, não tem como a gente fugir disso, mas foi muito otimizada.(Farmacêutica 2)

Espera-se dessa ação que as farmacêuticas organizem o tempo entre atividades e cumpram demandadas por aumento no número de atendimentos:

C43 - Então ele (o gestor) sempre questionou isso (serviço de qualidade mas pouco atendimento). E ai eu falei: “Tá, mas existe um porquê de ser pouco” (...) Ele comparava a gente, por exemplo, com a nutrição, com o psicólogo. Realmente nosso número comparado com o deles não era nada em atendimento.” (Farmacêutica 1)

As próprias farmacêuticas afirmam que o número de atendimentos clínicos individualizados é pequeno em número com relação à demanda existente:

C44 - A gente acha frágil a consulta por vários motivos. Primeiro que o número de atendimentos é muito pouco, é nada em relação ao que a gente precisa fazer, a gente tem consciência disso...”(Farmaceutica1)

C45 - Mas a gente tem muita demanda, demanda é o que mais tem. A gente na época fez o cálculo de uma estimativa, se fosse pra atender todo mundo que precisa (...) se a gente fosse atender todo mundo que precisava, ia dar em torno de 2000 pacientes pra atender.” (Farmaceutica1)

Mesmo com essas dificuldades, o serviço farmacêutico permanece parte da cultura institucional e os atendimentos são componentes dos fluxos de trabalho no IPGG e compõem a contabilidade na produção do instituto para o SUS. As ações estratégicas proporcionaram integração das profissionais à equipe, possibilitando conquista de espaço e estrutura básica para execução do serviço. O acesso a documentos clínicos também é facilitada, desde o uso de prontuários até a possibilidade de prescrição de exames clínicos e laboratoriais para fins de acompanhamento farmacoterapêutico, além de agendamento de atendimento na recepção e compartilhamento de consultórios com a equipe, o que não é comumente visto em outros serviços de saúde(ARAÚJO; FREITAS, 2006; FARINA; ROMANO-LIEBER, 2009;

OLIVEIRA, ANDREZZA BEATRIZ *et al.*, 2005; BLAKE; MADHAVAN, 2010; LOUNSBERY *et al.*, 2009; WELLS *et al.*, 2014).

O serviço implementado apresenta-se nos documentos, nas normas, nas ações e nos comportamentos de todos os envolvidos da instituição, isso demonstra que a implementação está enraizada na cultura organizacional resultando na sua institucionalização(KOTTER JOHN, 2012; KOTTER, JOHN P., 1995). Apesar de se tratar de um serviço público com contratações estáveis, os recursos humanos também sofrem rotatividade pela necessidade do estado em outros locais de saúde. Contudo, as informações não se perdem pois é prezada a transmissão dos objetivos e resultados aos novos líderes e executores para que o serviço implementado permaneça sobrevivendo(KOTTER JOHN, 2012; KOTTER, JOHN P., 1995).

As estratégias utilizadas pelas farmacêuticas para a implementação do serviço de atenção farmacêutica e seus resultados estão resumidos no quadro 6:

Quadro 6.: Intervenções e resultados do serviço de atenção farmacêutica no IPGG, de acordo com condições contextuais. São Paulo – SP. 2013-2017.

Contexto	Estratégias	Resultados
Elenco de medicamentos não atendia às necessidades dos usuários	Melhoria no elenco de medicamentos disponíveis e do acesso pela população atendida	<ul style="list-style-type: none"> - Confiança da equipe e da comunidade - Tempo e condições estruturais para prática da atenção farmacêutica
Ambiente favorável ao desenvolvimento de ensino e pesquisa	Educação continuada de auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> - Mais tempo disponível para atividades clínicas porque a capacitação permite delegar atividades logísticas e administrativas, além do envolvimento de auxiliares no fluxo da atenção farmacêutica
	Evidenciação de problemas relacionados a medicamentos no instituto e de resultados de ações farmacêuticas interna e externamente	<ul style="list-style-type: none"> - Confiança da equipe e dos gestores e comunidade - Reconhecimento externo do serviço
Profissionais proativas, que se prepararam para a implantação do serviço	Construção e padronização de instrumentos de trabalho e indicadores de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Favoreceu realização de pesquisas e estabelecimento de indicadores - Facilita o planejamento e adoção de condutas e de comunicação com a equipe - Apoio institucional
	Planejamento contínuo	<ul style="list-style-type: none"> - Construção de resultados de forma estratégica e apoio institucional.
Visão institucional e missão de Educação continuada	Vínculos externos para formação continuada de profissionais externos	<ul style="list-style-type: none"> - Visibilidade externa do serviço, aumento da capacidade de produção de pesquisas e atendimentos
Visão institucional de promoção da saúde e trabalho colaborativo interprofissional	Grupos específicos de educação em saúde e ações nas transições de cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> - Adesão dos usuários ao serviço e entrosamento com a equipe multiprofissional

Fonte: A autora. IPGG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elementos contextuais influenciaram o desenho do serviço farmacêutico no IPGG, demandando dedicação às limitações relacionadas a aspectos logísticos e de acesso aos medicamentos e atenção aos pacientes complexos que utilizam diversos serviços de saúde e são polimedicados. Embora a falta de estrutura seja mencionada, em diversos estudos, como limitante para o processo de implementação da atenção farmacêutica verificou-se que a construção do processo pode sobrepujar as barreiras estruturais.

No IPGG, as condições de estrutura impactam a organização como um todo e foi nessa situação que o serviço de atenção farmacêutica se configurou como aliado estratégico para aliviar demanda de atendimento por outros profissionais de saúde quando identificados problemas de uso de medicamentos. Foi também nessa situação que, por meio de processos assertivos, baseados em conhecimento, sistematização do trabalho e relações interprofissionais, as farmacêuticas adaptaram fatores contextuais e implementaram a atenção farmacêutica. Todas as medidas tomadas para benefício da implementação do serviço diferenciam-se pois não são intuitivas, são planejadas por levantamento de dados e seus resultados reavaliados periodicamente.

Mesmo que muitos elementos de processo de implementação descritos em teorias possam ser identificados no caso estudado, a implementação do serviço de atenção farmacêutica apresenta dinâmica própria que não pode ser explicada ou norteadas por passos ou regras determinantes de sucesso. As relações interprofissionais, políticas, técnicas e de gestão formam uma rede complexa com tensões constantes que permeiam todo o processo assistencial, com maiores ou menores possibilidades em diferentes momentos.

As farmacêuticas iniciaram suas ações a partir da organização da assistência farmacêutica, já que seus problemas as impediam de desenvolver outras atividades. Contudo, atuação estratégica na organização do acesso aos medicamentos não limitou o reconhecimento da equipe de saúde do IPGG. Pode-se afirmar que, por uma atuação planejada e alinhada com os aspectos contextuais, as profissionais superaram o papel geralmente atribuído aos farmacêuticos de gerenciamento logístico dos medicamentos para se inserirem, de fato, na equipe de saúde como profissional importante e referência no apoio ao uso de medicamentos. Isso porque a garantia do acesso não é feita somente por controle de estoque, mas por acesso qualificado e embasado em conhecimentos clínicos, garantindo o uso correto de medicamentos.

O modelo de serviço implementado é diferente do modelo teórico da atenção farmacêutica, em que se espera que o farmacêutico atue no atendimento individualizado de usuários. Os atendimentos individuais são realizados e têm importância especial para o processo de formação de outros profissionais, mas não são o principal mecanismo assistencial. Foi necessária a criação de ações diferenciadas e complementares ao serviço de atenção farmacêutica para dar respostas às necessidades do sistema de saúde local. Entre elas estão intervenções além dos limites do IPGG envolvendo transição de cuidado, adaptação de atendimentos voltados a grupos estratégicos e abordagens coletivas adequadas de acesso aos medicamentos trazendo o reconhecimento e visibilidade dos usuários e profissionais para o uso correto e racional de medicamentos.

Essas ações desenvolvidas, embora caracterizem ações conceitualmente relacionadas à atenção farmacêutica (MARTÍNEZ-ROMERO *et al.*, 2017; STRAND, L. M. *et al.*, 1990) vão além dessa atuação clínica específica. As farmacêuticas embora considerem que seus atendimentos ocorrem em numero insuficiente, têm uma atuação muito mais ampla e conectada com os princípios da saúde coletiva, em que os membros da equipe se articulam com profissionalismo e interprofissionalidade para atender às necessidades do usuário. Embora no contexto farmacêutico seja valorizado a ação clinica individual, esse modelo idealizado pode sequestrar recursos da coletividade e se aproximar ao modelo clinico hegemônico que tem sido questionado por importantes autores na produção em cuidado de saúde coletiva como por exemplo CAMPOS (2011) e MERHY, EMERSON ELIAS (2002). As farmacêuticas, embora manifestem alguma contrariedade, não se paralisam frente à impossibilidade de atuar plenamente nos modelos acadêmicos, mas assumem papéis que não tornam menos importante sua atuação clinica, pelo contrario, respondem às necessidades da instituição e da população.

Talvez seja necessário repensar o modelo de serviço clínico farmacêutico que vem se estabelecendo no Brasil, principalmente no SUS. O contexto de promoção à saúde é complexo e precisa de abordagens que aproximam o indivíduo como ser ativo nas tomadas de decisões da própria saúde e que articulações entre profissionais, serviços de saúde, tecnologias em saúde e usuários sejam feitas de forma estratégica e efetiva. Implementar um novo serviço como atenção farmacêutica, requer reflexão sobre que condutas os profissionais devem manter para direcionar o processo de cuidado, se a nova proposta surge para inovar e melhorar esse processo ou está se apoiando a processos já existentes e não adequados na tentativa de reproduzir mais um modelo hegemônico e inefetivo de cuidado em saúde.

Referências Bibliográficas

ACOSTA GÓMEZ, Jaime *et al.* Estructura y servicios de atención farmacéutica ofrecidos en farmacias de Alcorcón (Madrid) y Bilbao. **Pharmacy Practice** v. 1, n. 3, 2003.

AGUAS, Yolanda; DE MIGUEL, Enrique; FERNÁNDEZ LLIMÓS, Fernando. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). **Pharmacy Practice** v. 3, n. 1, 2005.

AGUIAR, Patricia M.; BALISA-ROCHA, Blicie J.; BRITO, Giselle de C.; DA SILVA, Wellington B.; *et al.* Pharmaceutical care in hypertensive patients: a systematic literature review. **Research in social & administrative pharmacy: RSAP** v. 8, n. 5, p. 383–396, out. 2012.

AGUIAR, Patricia M.; BALISA-ROCHA, Blicie J.; BRITO, Giselle C.; LYRA, Divaldo P. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. **Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA** v. 52, n. 4, p. 515–518, 1 p following 518, ago. 2012.

ALAVI, Seyyed Babak; GILL, Carol. Leading Change Authentically How Authentic Leaders Influence Follower Responses to Complex Change. **Journal of Leadership & Organizational Studies**, 2016.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 32, n. 3, p. 356–362, set. 2008.

ALLEN, Jacqui; OTTMANN, Goetz; ROBERTS, Gail. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. **International Journal of Older People Nursing** v. 8, n. 4, p. 253–269, dez. 2013.

ALMEIDA, Tatiana Lemos De. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-03102006-144231/>>.

AL-QUTEIMAT, Osama Mohammad; AMER, Amer Mostafa. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice. **Saudi Pharmaceutical Journal : SPJ** v. 24, n. 4, p. 447–451, jul. 2016.

ALVES DA SILVA, Dáfni *et al.* O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje** v. 24, n. 2, p. 119–134, 19 dez. 2015.

ANDRADE, Jadelson P. *et al.* Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. bras. cardiol** v. 79, n. 4, p. 375–384, out. 2002.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso. Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional: Editora Liber Livros: Brasília, 2008. 68 p.

ANVISA. RDC 44. . Boas Práticas Farmacêuticas em Drogarias e farmácias. , 2009 . . Acesso em: 3 nov. 2016.

ARAÚJO, Aílson da Luz André De; FREITAS, Osvaldo De. Conceptions of the pharmaceutical professional about the pharmaceutical assistance in basic health care units: difficulties and elements for change. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** v. 42, n. 1, p. 137–146 , mar. 2006.

ARCOPINTO, M. *et al.* Implementing an ICT-Based Polypharmacy Management Program in Italy. **Translational Medicine @ UniSa** v. 16, p. 24–29 , jan. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p. .

BARRAGAN, Noel C. *et al.* Pharmacist-Driven Strategies for Hypertension Management in Los Angeles: A Community and Stakeholder Needs Assessment, 2014-2015. **Preventing Chronic Disease** v. 14, p. E54 , 6 jul. 2017.

BASTOS-BARBOSA, Rachel G. *et al.* Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** v. 99, n. 1, p. 636–641 , jul. 2012.

BAUER, Mark S. *et al.* An introduction to implementation science for the non-specialist. **BMC Psychology** v. 3, n. 1 , 16 set. 2015.

BERNARDI, De *et al.* Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade** v. 15, n. 1, p. 73–83 , abr. 2006.

BERNSTEN, C. *et al.* Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. **Drugs & Aging** v. 18, n. 1, p. 63–77 , 2001.

BESSE, Mariela; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; LEMOS, Naira Dutra. A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X** v. 17, n. 2, p. 205–222 , 30 jun. 2014.

BLAKE, Kimberly B.; MADHAVAN, S. Suresh. Perceived barriers to provision of medication therapy management services (MTMS) and the likelihood of a pharmacist to work in a pharmacy that provides MTMS. **The Annals of Pharmacotherapy** v. 44, n. 3, p. 424–431 , mar. 2010.

BOLAÑOS, Rodríguez *et al.* Direct costs of medical care for patients with type 2 diabetes mellitus in Mexico micro-costing analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública** v. 28, n. 6, p. 412–420 , dez. 2010.

BRASIL. Lei nº13.021. . Exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. , 8 ago. 2014 .

BUSATO, Maria Assunta; LUNKES, Estela Fátima. Assistência Farmacêutica na Estratégia de Saúde da Família em um Município de Pequeno Porte de Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina** v. 5, n. 1, p. 8–18 , 30 abr. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Health promotion and quality of life. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 5, n. 1, p. 163–177 , 2000.

CAFFIERO, Nicole *et al.* Effectiveness of a Clinical Pharmacist Medication Therapy Management Program in Discontinuation of Drugs to Avoid in the Elderly. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy** v. 23, n. 5, p. 525–531 , maio 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Brazilian National Health System between liberal and public systems traditions. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 12, p. 1865–1874 , nov. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mediation between social knowledge and practices: the rationale of soft technology, praxis and art. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 16, n. 7, p. 3033–3040 , jul. 2011.

CASTELINO, Ronald L.; BAJOREK, Beata V.; CHEN, Timothy F. Targeting suboptimal prescribing in the elderly: a review of the impact of pharmacy services. **The Annals of Pharmacotherapy** v. 43, n. 6, p. 1096–1106 , jun. 2009.

CFF. RDC Nº 585. . Atribuições clínicas do farmacêutico. , 29 ago. 2013 a .

CFF. RDC nº 586. . Prescrição Farmacêutica. , 29 ago. 2013 b .

CHHABRA, Pankdeep T. *et al.* Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: a systematic review. **Research in social & administrative pharmacy: RSAP** v. 8, n. 1, p. 60–75 , fev. 2012.

CHINTHAMMIT, Chanadda *et al.* Cost-effectiveness of comprehensive medication reviews versus noncomprehensive medication review interventions and subsequent successful medication changes in a Medicare Part D population. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy** v. 21, n. 5, p. 381–389 , maio 2015.

CHISHOLM-BURNS, Marie A. *et al.* US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical Care** v. 48, n. 10, p. 923–933 , out. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº338. . Política Nacional de Assistência Farmacêutica. , 2004 .

CORRÊA FERREIRA, Ricardo; RODRIGUES VARGA, Cássia Regina; FERREIRA DA SILVA, Roseli. Trabalho em equipe multiprofissional: a

perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 14 , 2009.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública** v. 16, n. 1, p. 171–182 , jan. 2000.

COSTA, Josiane Moreira; PEREIRA, Mariana Linhares. Implantação da Atenção Farmacêutica em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do Brasil: avaliação qualitativa por uma equipe multiprofissional. **Revista de APS** v. 15, n. 3 , 6 maio 2013.

CRUZ, Alexandrina Dantas Da *et al.* Avaliação do conhecimento e conduta dos farmacêuticos, responsáveis por farmácias comunitárias em Aracaju-SE. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT** v. 1, n. 2, p. 81–94 , 26 fev. 2013.

DALKIN, Sonia Michelle *et al.* What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. **Implementation Science : IS** v. 10 , 16 abr. 2015. Acesso em: 11 ago. 2017.

DALLEUR, Olivia *et al.* Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. **Drugs & Aging** v. 29, n. 10, p. 829–837 , out. 2012.

DAMSCHRODER, Laura J *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science : IS** v. 4, p. 50 , 7 ago. 2009.

DAVIS-AJAMI, Mary Lynn; WU, Jun; FINK, Jeffrey C. Differences in Health Services Utilization and Costs between Antihypertensive Medication Users Versus Nonusers in Adults with Diabetes and Concomitant Hypertension from Medical Expenditure Panel Survey Pooled Years 2006 to 2009. **Value in Health** v. 17, n. 1, p. 51–61 , 1 jan. 2014.

DE OLIVEIRA, Djenane Ramalho. **Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora, 2011. 344 p. 1 v. .

DE OLIVEIRA, Djenane Ramalho; SHOEMAKER, Sarah J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. **Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA** v. 46, n. 1, p. 56- 64; quiz 64-66 , fev. 2006.

DE RIJDT, Thomas; WILLEMS, Ludo; SIMOENS, Steven. Economic effects of clinical pharmacy interventions: a literature review. **American journal of health-system pharmacy: AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists** v. 65, n. 12, p. 1161–1172 , 15 jun. 2008.

DETONI, Kirla B. *et al.* Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **International Journal of Clinical Pharmacy** v. 39, n. 1, p. 95–103 , fev. 2017.

DOI, Lawrence; JEPSON, Ruth; CHEYNE, Helen. A realist evaluation of an antenatal programme to change drinking behaviour of pregnant women. **Midwifery** v. 31, n. 10, p. 965 , out. 2015.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB. Quality review bulletin** v. 18, n. 11, p. 356–360 , nov. 1992.

DONALDSON, Liam J. *et al.* Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. **The Lancet** v. 389, n. 10080, p. 1680–1681 , 29 abr. 2017.

ECCLES, Martin P; MITTMAN, Brian S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Science** v. 1, p. 1 , 22 fev. 2006.

Evidence-based policy: a realist perspective. **Australian and New Zealand Journal of Public Health** v. 31, n. 2, p. 193–196 , 1 abr. 2007.

FARINA, Simone Sena; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde e Sociedade** v. 18, n. 1, p. 7–18 , mar. 2009.

FEGADOLLI, Claudia; SANTOS, Débora Rodrigues Dos; *et al.* A percepção de farmacêuticos acerca da possibilidade de implantação da atenção farmacêutica na prática profissional. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná** v. 12, n. 1, p. 48–57 , 10 ago. 2011.

FEGADOLLI, Claudia *et al.* Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v. 20, n. 59, p. 1093–1098 , dez. 2016.

FEGADOLLI, Claudia; ALVARENGA, Roberta; *et al.* Qualidade de vida como indicador de resultado em Atenção Farmacêutica: enfoque nos conceitos de validação de instrumentos psicométricos Quality of life as an outcome indicator in pharmaceutical care: focus on concepts for the validation of psychometric instruments. **ResearchGate** v. 91, n. 91, p. 133–40 , 1 jan. 2011.

FEGADOLLI, Claudia. Revisiting concepts, attitudes and expectations of Brazilian pharmacists to the practice of pharmaceutical care: a qualitative perspective". , 2017.

FELETTTO, Eleonora *et al.* Practice change in community pharmacy: using change-management principles when implementing a pharmacy asthma management service in NSW, Australia. **The International Journal of Pharmacy Practice** v. 21, n. 1, p. 28–37 , fev. 2013.

FILHO, Loyola *et al.* A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Cadernos de Saúde Pública** v. 21, n. 2, p. 545–553 , abr. 2005.

FIXSEN, Dean *et al.* When evidence is not enough: the challenge of implementing fall prevention strategies. **Journal of Safety Research** v. 42, n. 6, p. 419–422 , dez. 2011.

FREITAS, Osvaldo De *et al.* O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva. **Infarma - Ciências Farmacêuticas** v. 14, n. 1/2, p. 85–87 , 2002.

GAMMIE, Todd; VOGLER, Sabine; BABAR, Zaheer-Ud-Din. Economic Evaluation of Hospital and Community Pharmacy Services: A Review of the Literature (2010-2015). **The Annals of Pharmacotherapy** , 1 set. 2016.

GIL, Modesta Inmaculada *et al.* Priorization of facilitators for the implementation of medication review with follow-up service in Spanish community pharmacies through exploratory factor analysis. **Atencion Primaria** v. 45, n. 7, p. 368–375 , set. 2013.

GILL, Roger. Change management—or change leadership? **Journal of Change Management** v. 3, n. 4, p. 307–318 , 1 dez. 2002.

GUIZZO, Bianca Salazar; KRZIMINSKI, Clarissa de Oliveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa De. O software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 24, n. 1, p. 53 , 30 maio 2008.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy** v. 47, n. 3, p. 533–543 , mar. 1990.

HOLLAND, Richard *et al.* Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. **British Journal of Clinical Pharmacology** v. 65, n. 3, p. 303–316 , mar. 2008.

HUY, QUY Nguyen. Time, Temporal Capability, and Planned Change. **Academy of Management Review** v. 26, n. 4, p. 601–623 , 10 jan. 2001.

IMAI, Yutaka *et al.* Clinical significance of home blood pressure measurements for the prevention and management of high blood pressure. **Clinical and Experimental Pharmacology & Physiology** v. 41, n. 1, p. 37–45 , jan. 2014.

IPGG. *Missão, Visão e Valores - IPGG- Governo do Estado de São Paulo*. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/instituto-paulista-de-geriatria-e-gerontologia-ipgg-jose-ermirio-de-moraes/institucional/missao-visao-e-valores>>. Acesso em: 4 set. 2017.

IVERSON, Roderick D. Employee acceptance of organizational change: the role of organizational commitment. **The International Journal of Human Resource Management** v. 7, n. 1, p. 122–149 , 1 fev. 1996.

JARAMILLO, Nelly Marin *et al.* **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Organização Pan-

Americana de Saúde, 2005. 260 p. 3 v. (Medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde). .

JOKANOVIC, Natali *et al.* Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. **Research in social & administrative pharmacy: RSAP** , 28 ago. 2016.

JONES, Erika JM; MACKINNON, Neil J; TSUYUKI, Ross T. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Canada. **Annals of Pharmacotherapy** v. 39, n. 9, p. 1527–1533 , set. 2005.

JR, Guerra *et al.* Availability of essential drugs in two regions of Minas Gerais, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública** v. 15, n. 3, p. 168–175 , mar. 2004.

KELLY, Deborah V. *et al.* Pharmacist and physician views on collaborative practice. **Canadian Pharmacists Journal : CPJ** v. 146, n. 4, p. 218–226 , jul. 2013.

KOTTER, J. P. **The Heart of Change: Real-Life Stories of How People Change Their Organizations**. 1. ed. [S.l.]: Harvard Business Review Press, 2012. 224 p. .

KOTTER, J. P.; SCHLESINGER, L. A. Choosing strategies for change. **Harvard Business Review** v. 57, n. 2, p. 106–114 , abr. 1979.

KOTTER JOHN. **Leading Change**. [S.l.]: Harvard Business Review Press, 2012. 208 p. 1 v. .

KOTTER, John P. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. **Harvard Business Review** p. 1–9 , abr. 1995.

LACOUTURE, Anthony *et al.* The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. **Implementation Science : IS** v. 10 , 30 out. 2015. Acesso em: 11 ago. 2017.

LEMOES, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 3, p. 913–922 , mar. 2016.

LIELL, Andressa Pilonetto; TOSCAN, Camila; WEBER, Daiane; *et al.* Indicadores do uso racional de medicamentos em ambulatório-escola. v. 4, n. 53, p. 341–344 , 2009.

LIELL, Andressa Pilonetto; TOSCAN, Camila; SCHWINGEL, Daniela; *et al.* Indicadores do uso racional de medicamentos em ambulatório-escola. **Rev. AMRIGS** v. 53, n. 4, p. 341–344 , dez. 2009.

LINES, Rune. Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. **Journal of Change Management** v. 4, n. 3, p. 193–215 , 1 set. 2004.

LOSADA-CAMACHO, Martha *et al.* Impact of a pharmaceutical care programme on health-related quality of life among women with epilepsy: a randomised controlled trial (IPHIWWE study). **Health and Quality of Life Outcomes** v. 12 , 31 out. 2014.

LOUNSBERY, Jody L. *et al.* Evaluation of pharmacists' barriers to the implementation of medication therapy management services. **Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA** v. 49, n. 1, p. 51–58 , fev. 2009.

MACEDO, Bernadete Simas. Projeto de implantação de atenção farmacêutica a pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo 2 em programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Farmácia** v. 2, n. 2 , 23 out. 2007. Acesso em: 8 nov. 2016.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** v. 107, n. 3, p. 1–6 , set. 2016.

MARCHAL, Bruno; DEDZO, McDamien; KEGELS, Guy. A realist evaluation of the management of a well- performing regional hospital in Ghana. **BMC Health Services Research** v. 10, p. 24 , 25 jan. 2010.

MARIN, Maria José Sanches *et al.* [Use of medicines by the elderly in a Family Health Program unit in Brazil]. **Cadernos De Saude Publica** v. 24, n. 7, p. 1545–1555 , jul. 2008.

MARTÍNEZ-ROMERO, F. *et al.* Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. **Ars Pharmaceutica** v. 42, n. 1–2, p. 53–65 , 6 mar. 2017.

MARTIROSYAN, Liana *et al.* Development of a minimal set of prescribing quality indicators for diabetes management on a general practice level. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety** v. 21, n. 10, p. 1053–1059 , out. 2012.

MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho *et al.* Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** v. 45, n. 1, p. 163–170 , mar. 2009.

MAY, Carl R.; JOHNSON, Mark; FINCH, Tracy. Implementation, context and complexity. **Implementation Science** v. 11, p. 141 , 19 out. 2016.

MELO, Daniela Oliveira De *et al.* Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v. 25, n. 2, p. 259–270 , jun. 2016.

MELO, Daniela Oliveira De *et al.* Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 22, n. 1, p. 261–268 , jan. 2017.

MERGENHAGEN, Kari A. *et al.* Pharmacist- versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy** v. 10, n. 4, p. 242–250 , ago. 2012.

MERHY, Emerson E. **Sistema único de Saúde em Belo Horizonte-Reescrevendo o Público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. .

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. [S.l.]: Hucitec, 2002. 145 p. 3 v. .

MICHIE, Susan *et al.* Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. **Implementation Science : IS** v. 4, p. 40 , 16 jul. 2009.

MIKEAL, R. L. *et al.* Quality of pharmaceutical care in hospitals. **American Journal of Hospital Pharmacy** v. 32, n. 6, p. 567–574 , jun. 1975.

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14^a ed. [S.l.]: Hucitec Editora, 2014. 269 p. (Saúde em Debate). .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.214. . Manual Técnico QualifarSUS. , 13 jun. 2012 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Educação Permanente* . [S.l.]: Departamento de Gestão da Educação em Saúde. , 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº3916. . Política Nacional de Medicamentos. , 1998 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nº 2.528. . PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. , 19 out. 2006 a . . Acesso em: 31 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Práticas farmacêuticas no Núcleo de Apoio À Saúde da Família (Nasf)* . [S.l: s.n.]. , 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. NT n. 09/14. . QualifarSUS - Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS: minuta de portaria que regulamenta a transferência de recursos financeiros do Eixo Estrutura para 2014. , 2014 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS. C, Projetos, Programas e Relatórios, 2006b, [S.l.]: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p.114.

MOITI, C. H.; MESQUITA, J. A.; BANTON, L. O sistema de saúde norteamericano em uma perspectiva da gestão em saúde no Brasil. **Archives of Health Investigation** v. 2, n. 4–Supp.3 , 10 nov. 2013.

MONTEGUTI, Bruna Ruzza; DIEHL, Eliana Elisabeth. O Ensino de Farmácia no Sul do Brasil: Preparando Farmacêuticos para o Sistema único de Saúde? **Trabalho, Educação e Saúde** v. 14, n. 1, p. 77–95 , mar. 2016.

MORIEL, PATRICIA *et al.* Efeitos das intervenções farmacêuticas em pacientes hiv positivos: influência nos problemas farmacoterapêuticos, parâmetros clínicos e economia. **R. Bras. Hosp. Serv. Saúde** v. 2, p. 5–10 , 2011.

MORITZ, Ângela Fernandes Esher. **Satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o tratamento da Aids no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação.** Doutorado – Fiocruz, 2010. . Acesso em: 7 nov. 2016.

MOULLIN, Joanna C *et al.* A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. **Health Research Policy and Systems** v. 13 , 2015.

MOULLIN, Joanna C.; SABATER-HERNÁNDEZ, Daniel; BENRIMOJ, Shalom I. Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis. **BMC health services research** v. 16, p. 439 , 25 ago. 2016.

NAKAMURA, Koshi *et al.* Hypertension and medical expenditure in the Japanese population: Review of prospective studies. **World Journal of Cardiology** v. 6, n. 7, p. 531–538 , 26 jul. 2014.

NICOLINE, Claudia Benacchio; VIEIRA, Rita de Cássia Padula Alves. Pharmaceutical assistance in the Brazilian National Health System (SUS): Pharmacy students' perceptions. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v. 15, n. 39, p. 1127–1144 , dez. 2011.

NILSEN, Per. Making sense of implementation theories, models and frameworks. **Implementation Science : IS** v. 10 , 21 abr. 2015.

NVivo qualitative data analysis software | QSR International. Disponível em: <<http://www.qsrinternational.com/>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** v. 41, n. 4, p. 409–413 , 1 dez. 2005.

OLIVEIRA, Egléubia Andrade De; LABRA, Maria Eliana; BERMUDEZ, Jorge. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad Saude Publica** p. 2379–2389 , 2006.

OLIVEIRA, Elaine Machado De; SPIRI, Wilza Carla. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. **Revista de Saúde Pública** v. 40, n. 4, p. 727–733 , ago. 2006.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin De; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Pharmaceutical Assistance in the Basic Units of

Health: from the National Drug Policy to the Basic Attention to Health. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 15, p. 3561–3567 , nov. 2010.

OMS. WHO | WHO Global Patient Safety Challenge: *Medication Without Harm*. maio 2017, [S.l.: s.n.], maio 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>>.

OPAS, OMS. *Consenso brasileiro de atenção farmacêutica* . [S.l.]: Organização Pan-Americana de Saúde. , 2002

PAIVA D. Trabalho de Conclusão de Curso em andamento. Serviço de atenção farmacêutica do IPGG, 2017.

PANSTEIN, Reginaldo; TRINTA WEBER, César Augusto. Avaliação de Satisfação da Gestão da Assistência Farmacêutica Básica em Jaraguá do Sul no Ano de 2007. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina** v. 3, n. 2, p. 46–62 , 23 dez. 2010.

PATEL, Preya Janubhai *et al.* Multimorbidity and polypharmacy in diabetic patients with NAFLD: Implications for disease severity and management. **Medicine** v. 96, n. 26, p. e6761 , jun. 2017.

PAWSON, Ray; TILLEY, Nick. **Realistic Evaluation**. 1 edition ed. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Ltd, 1997. 256 p. .978-0-7619-5009-7.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo De. The evolution of pharmaceutical care and the prospect for the Brazil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** v. 44, n. 4, p. 601–612 , dez. 2008.

PICKARD, A. Simon; HUNG, Shih-Ying. An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life. **The Annals of Pharmacotherapy** v. 40, n. 9, p. 1623–1634 , set. 2006.

Política Nacional de Medicamentos. **Revista de Saúde Pública** v. 34, n. 2, p. 206–209 , abr. 2000.

PORTELA, A. S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev. ciênc. farm. básica apl** v. 31, n. 1 , 2010.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, Djenane *et al.* Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. **Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA** v. 52, n. 1, p. 71–80 , fev. 2012.

REYES HERNÁNDEZ, Ivette *et al.* Sistema organizativo para implementar el ejercicio de la atención farmacéutica hospitalaria en Santiago de Cuba. **Revista Cubana de Farmacia** v. 48, n. 3, p. 432–445 , set. 2014.

ROCHA, Paula Chagas de Farias; OLIVEIRA, Cinthya Iamille Frithz Brandão De. O farmacêutico no programa de residência multiprofissional em saúde da Universidade Federal do Amazonas. **Em Extensão** v. 12, n. 1, 19 jul. 2013.

ROYAL, S. *et al.* Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. **Quality & Safety in Health Care** v. 15, n. 1, p. 23–31, fev. 2006.

RYCROFT-MALONE, Jo *et al.* A realistic evaluation: the case of protocol-based care. **Implementation Science : IS** v. 5, p. 38, 26 maio 2010.

SANTIS, De; SOUSA, Teresa Paula Lopes. **Polimedicação e medicação potencialmente inapropriada no idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Coimbra, 2009.

SANTOS, Ariene Angelini Dos; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 31, n. 1, p. 115, 5 jul. 2010.

SANTOS, Vania Dos; NITRINI, Sandra M. Ottati Oliveira. Prescription and patient-care indicators in healthcare services. **Revista de Saúde Pública** v. 38, n. 6, p. 819–834, dez. 2004.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 13, n. 5, p. 1431–1440, out. 2008.

SERAPIONI, Mauro. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia** v. 31, p. 59–80, jun. 2016.

SILVA, Anderson Lourenço Da *et al.* Use of medications by elderly Brazilians according to age: a postal survey. **Cadernos De Saude Publica** v. 28, n. 6, p. 1033–1045, jun. 2012.

SIMÕES, MJS; FEGADOLLI, Claudia. Consumo de medicamentos por prescrição médica na assistência básica à saúde do município de Araraquara, SP., 1996.

SINVANI, Liron Danay *et al.* Medication reconciliation in continuum of care transitions: a moving target. **Journal of the American Medical Directors Association** v. 14, n. 9, p. 668–672, set. 2013.

SMITH, Marie A.; SPIGGLE, Susan; MCCONNELL, Brody. Strategies for community-based medication management services in value-based health plans. **Research in social & administrative pharmacy: RSAP** v. 13, n. 1, p. 48–62, fev. 2017.

SORENSEN, Todd D. *et al.* A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. **American journal of health-system**

pharmacy: **AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists** v. 73, n. 5, p. 307–314 , 1 mar. 2016.

SOUSA, Salette *et al.* Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar** v. 27, n. 2, p. 176–82 , 1 mar. 2011.

SOUZA, Juliana Medeiros De *et al.* Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada** v. 33, n. 1, p. 107–113 , 2 ago. 2012.

STACKFLETH, Renata *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem** v. 25, n. 5 , 2012.

STRAATMANN, Tammo *et al.* Assessing Employees' Reactions to Organizational Change An Integrative Framework of Change-Specific and Psychological Factors. **The Journal of Applied Behavioral Science** v. 52, n. 3, p. 265–295 , 1 set. 2016.

STRAND, L. M. *et al.* Integrated patient-specific model of pharmacy practice. **American Journal of Hospital Pharmacy** v. 47, n. 3, p. 550–554 , mar. 1990.

STRAND, Linda M. *et al.* The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Current Pharmaceutical Design** v. 10, n. 31, p. 3987–4001 , 2004.

STUART M. KLEIN. A management communication strategy for change. **Journal of Organizational Change Management** v. 9, n. 2, p. 32–46 , 1 abr. 1996.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Primary health care evaluation: a new approach. **Saúde e Sociedade** v. 20, n. 4, p. 927–934 , dez. 2011.

TELLIS, W. M.. **Introduction to Case Study** . The Qualitative Report, 3(2), 1-14, 1997.

THE ELECTRONIC MEDICATION RECONCILIATION GROUP. *Paper to Electronic MedRec Implementation Toolkit, 2nd Edition | Canada Health Infoway* . [S.I.]: ISMP Canada and Canadian Patient Safety Institute. Disponível em: <<https://www.infoway-inforoute.ca/en/resource-centre/toolkits/paper-to-electronic-medrec-implementation>>. Acesso em: 29 ago. 2017. , 2017

TONY PROCTOR; IOANNA DOUKAKIS. Change management: the role of internal communication and employee development. **Corporate Communications: An International Journal** v. 8, n. 4, p. 268–277 , 1 dez. 2003.

TRAD, Leny A. Bomfim. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v. 19, n. 3, p. 777–796 , 2009.

VARALLO, Fabiana Rossi [UNESP. **Internações hospitalares por reações adversas a medicamentos (RAM) em um hospital de ensino**. Dissertação – 2010.

VARELA, Dupotey *et al.* What is the role of the pharmacist?: physicians' and nurses' perspectives in community and hospital settings of Santiago de Cuba. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** v. 47, n. 4, p. 709–718 , dez. 2011.

VASCONCELOS, Ana Claudia Freitas De; STEDEFELDT, Elke; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v. 20, n. 56, p. 147–158 , mar. 2016.

VON GUNTEN, Vera; REYMOND, Jean-Philippe; BENEY, Johnny. Clinical and economic outcomes of pharmaceutical services related to antibiotic use: a literature review. **Pharmacy world & science: PWS** PMID: 17273907, v. 29, n. 3, p. 146–163 , jun. 2007.

WALTZ, Thomas J *et al.* Expert recommendations for implementing change (ERIC): protocol for a mixed methods study. **Implementation Science : IS** v. 9, p. 39 , 26 mar. 2014.

WELLS, Katharine M. *et al.* Views and experiences of community pharmacists and superintendent pharmacists regarding the New Medicine Service in England prior to implementation. **Research in social & administrative pharmacy: RSAP** v. 10, n. 1, p. 58–71 , fev. 2014.

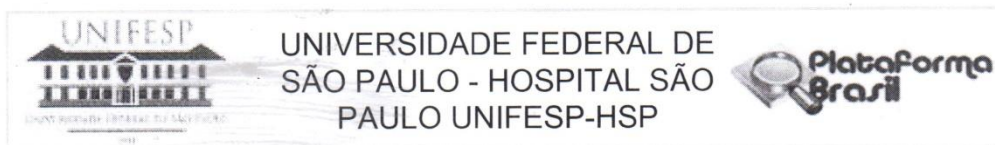
WELSH, Elaine. Dealing with Data: Using NVivo in the Qualitative Data Analysis Process. **Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research** v. 3, n. 2 , 31 maio 2002.

WIM J.L. ELVING. The role of communication in organisational change. **Corporate Communications: An International Journal** v. 10, n. 2, p. 129–138 , 1 jun. 2005.

YIN, ROBERT K. **Estudo de Caso. Planejamento e Métodos**. 5^a ed. [S.l.]: Bookman, 2014. 320 p. .

ZERMANSKY, Arnold G *et al.* Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. **BMJ : British Medical Journal** v. 323, n. 7325, p. 1340 , 8 dez. 2001.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação da atenção farmacêutica em um serviço de saúde pública no município de São Paulo: um estudo de caso.

Pesquisador: Barbara Barros Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58050816.4.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.692.404

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas de pendências

Nº CEP: 1013/2016

O presente projeto irá avaliar o serviço de atenção farmacêutica em uma instituição. Os serviços de atenção farmacêutica têm sido reconhecidos e valorizados como modelo de prática profissional em vários países, por permitirem a intervenção do farmacêutico sobre problemas relacionados a medicamentos de forma sistematizada. Integrando a equipe de saúde e os usuários de medicamentos como sujeitos ativos nas tomadas de decisões sobre a própria saúde, buscam melhores resultados farmacoterapêuticos e farmacoeconômicos, reduzindo custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar como o serviço de atenção farmacêutica no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG) têm superado as limitações e dificuldades para a realização da atenção farmacêutica e porquê tem se tornado referência para esse modelo de prática profissional no meio farmacêutico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

conforme descrito no parecer inicial

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HOSPITAL SÃO
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.692.404

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, vinculado ao departamento/Disciplina de Ciências Farmacêuticas da Unifesp, Campus Diadema. Orientadora: Gislaine Ricci Leonardi e Co-orientadora: Claudia Fegadolli. O local de estudo será o Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG). O IPGG foi criado pelo governo do

Estado de São Paulo com objetivo de criar suporte a políticas públicas direcionadas ao processo de envelhecimento da população paulista. Além de promover a saúde também oferece suporte a atividades de pesquisa e ensino. Atualmente o instituto oferece atendimento geriátrico e gerontológico, nutricional, fisioterapia, psicológico, farmacêutico clínico e de dispensação dos medicamentos. O estudo será conduzido no período de julho de 2016 a junho de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

encaminhamento de respostas de pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

pendências apontadas no parecer inicial:

Melhorar a redação TCLE. Considerando que o pesquisador entrevistará diferentes profissionais além do paciente, preparar documentos conforme o público alvo (um TCLE para os profissionais e outro para os pacientes). O TCLE do paciente deve ter uma linguagem mais fácil e acessível. Preparar o texto em forma de convite.

Adequações realizadas conforme sugerido.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_617605.pdf	22/08/2016 13:50:54		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	22/08/2016 13:49:09	Barbara Barros Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_PROFISISONAIS.pdf	22/08/2016 13:45:41	Barbara Barros Silva	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

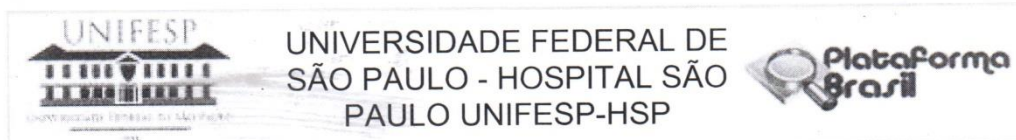
Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

APÊNDICE



Continuação do Parecer: 1.692.404

Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISISONAIS.pdf	22/08/2016 13:45:41	Barbara Barros Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES.pdf	22/08/2016 13:45:21	Barbara Barros Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/07/2016 10:56:17	Barbara Barros Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_ipgg.pdf	21/07/2016 18:19:40	Barbara Barros Silva	Aceito
Outros	apendice_c_entrevistas.pdf	21/07/2016 18:13:23	Barbara Barros Silva	Aceito
Outros	apendice_b.pdf	21/07/2016 18:12:44	Barbara Barros Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final_mestrado.pdf	21/07/2016 17:54:32	Barbara Barros Silva	Aceito

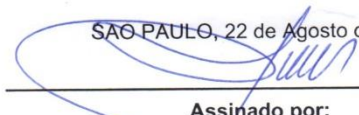
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Agosto de 2016


 Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
 (Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(pacientes)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: UM ESTUDO DE CASO”, que tem como objetivo analisar como o serviço de atenção farmacêutica do Instituto Paulista de Geriatria foi implementado e porque ele tem sido reconhecido. Para isso, a opinião dos usuários desse serviço é muito importante. Esclarecemos que o serviço de atenção farmacêutica é o atendimento que as farmacêuticas oferecem aos usuários sobre o tratamento com medicamentos. O estudo busca o entendimento de como a organização do serviço e outros fatores ligados aos usuários podem estar relacionados à forma como esse serviço tem funcionado. A participação no projeto envolve entrevistas individuais e/ou grupos focais (técnica de entrevista em grupo). A participação no projeto envolve a resposta a algumas perguntas sobre características como idade, ocupação, uso de medicamentos, utilização e opinião sobre o serviço. A conversa será direta com o pesquisador e o (a) senhor(a) ou poderão participar outras pessoas que usam o mesmo serviço. A duração deverá ser de cerca de 1 hora. Vale ressaltar que sua participação é anônima e as informações prestadas serão usadas exclusivamente para finalidade de pesquisa. A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo(a) senhor(a) a qualquer momento. Se houver qualquer desconforto na sua participação, o senhor poderá interromper e até deixar a pesquisa, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a) inclusive quanto ao atendimento na Unidade de Saúde. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao senhor(a) e que não há despesas nem compensações financeiras. Em qualquer etapa do estudo o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Duas vias originais desse termo estão sendo disponibilizadas, uma para ficar com o(a) senhor(a) e outra para ficar com o pesquisador. A principal investigadora é Bárbara Barros Silva que pode ser encontrada na secretaria de Pós Graduação do Programa de Ciências Farmacêuticas, situada rua São Nicolau, 210, Centro, Diadema;tel: 3319-3511. Caso o(a) senhor(a) tenha alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (Rua Botucatu, 572- 1º andar – conj. 14 – tel: 5571 1062 – fax: 5539 7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br).

Eu, _____ após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo.

Assinatura

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste indivíduo para a participação neste estudo.

Bárbara Barros Silva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(profissionais)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: UM ESTUDO DE CASO”, que tem como objetivo analisar como o serviço de atenção farmacêutica do Instituto Paulista de Geriatria foi implementado e porque ele tem sido reconhecido no meio farmacêutico. O estudo busca o entendimento de como a organização do serviço e outros fatores ligados ao usuário podem estar relacionados à sua implantação e implementação. A participação no projeto envolve entrevistas individuais, podendo também ter seu trabalho observado por pesquisadores. As perguntas serão sobre a forma como seu trabalho é exercido na assistência ao usuário e na relação com a equipe de saúde e pacientes. Vale ressaltar que sua participação é anônima e as informações prestadas serão usadas exclusivamente para finalidade de pesquisa. Informamos que **usuários do serviço também serão convidados** a participar do estudo. As informações obtidas serão analisadas e publicadas em relatório impresso, a ser discutido entre os profissionais das áreas de saúde. A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento. Esclarecemos que não haverá qualquer sanção no trabalho pela participação ou recusa. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado, que não há despesas nem compensações financeiras. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Se houver qualquer desconforto em sua participação é desejável que comunique aos responsáveis para que medidas como interrupção ou ajustes possam ser adotadas. A principal investigadora é Bárbara Barros Silva que pode ser encontrada na secretaria de Pós Graduação do Programa de Ciências Farmacêuticas, situada rua São Nicolau, 210, Centro, Diadema; tel: 3319-3511. Caso o(a) senhor(a) tenha alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (Rua Botucatu, 572– 1º andar – conj. 14 – tel: 5571 1062 – fax: 5539 7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br).

Eu, _____ após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo.

Assinatura

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste indivíduo para a participação neste estudo.

Bárbara Barros Silva

